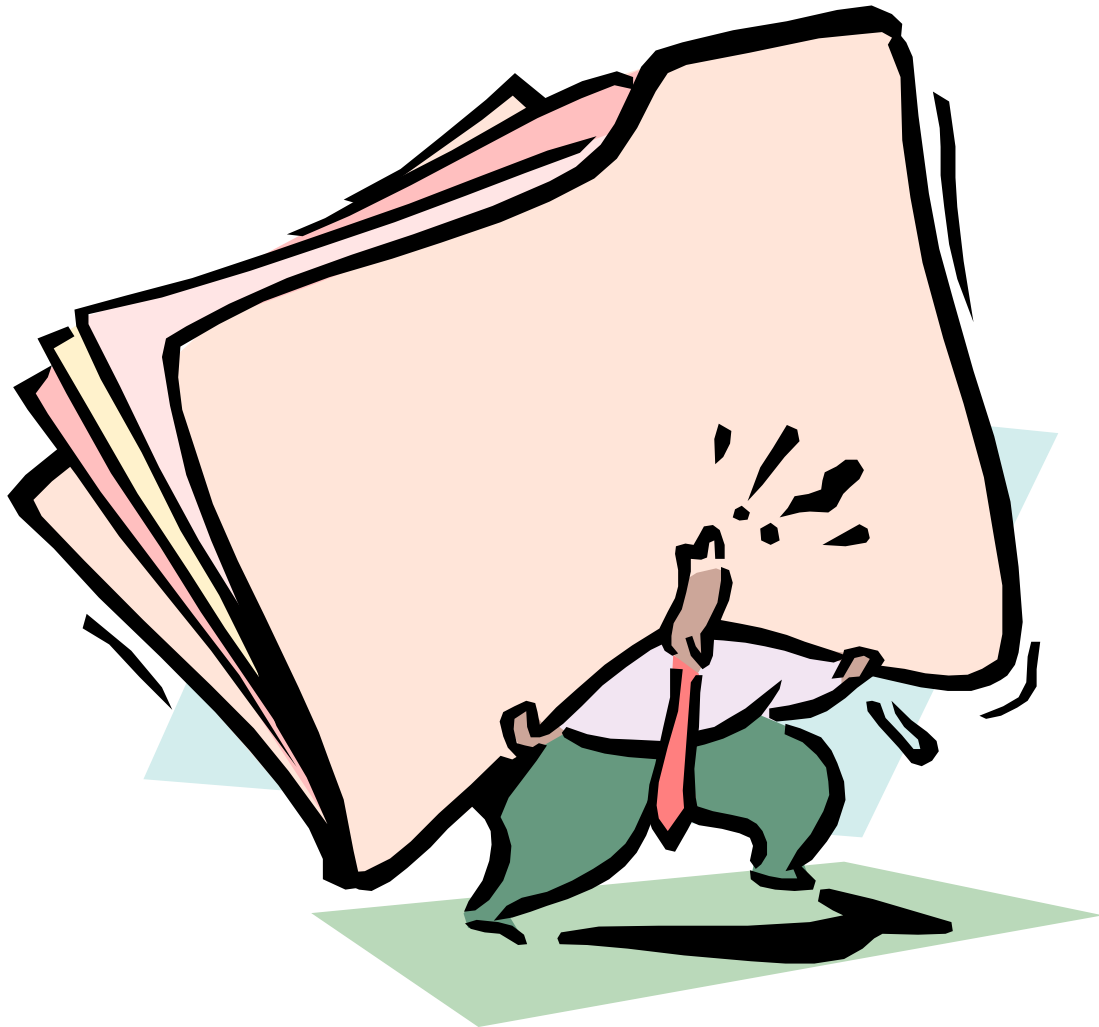


# **Corso Legislazione Organizzazione Servizio Sanitario Nazionale**



## **1 PARTE**

**a cura di Dott Davide Carollo  
Ottobre 2017**

## INDICE:

1.	Cenni generali sul Diritto .....	3
2.	L'Assistenza Sanitaria prima dell'istituzione del SSN .....	6
3.	La prima riforma del Sistema sanitario .....	8
3.1.	Principi e valori di riferimento della legge 833.....	10
3.2.	Obiettivi della legge 833:.....	10
3.3.	Punti qualificanti della legge: .....	10
3.4.	Il Modello organizzativo del SSN Nella legge 833:.....	11
4.	anni 80' e la seconda riforma del ssn .....	13
4.1.	Cambiamenti al SSN con i decreti 502/92 e 517/93.....	14
4.2.	La programmazione Sanitaria.....	16
5.	La terza riforma del SSN (riforma ter o Bindi) Dls 229/99 .....	18
5.1.	La legge regionale 29 del 2004.....	21
5.2.	direttive e delibere a completamento della legge 29 del 2004 .....	21
6.	ATTUALE organizzazione del SSN .....	23
6.1.	Livello Centrale .....	23
6.2.	Il livello decentrato.....	23
6.3.	Il livello territoriale .....	23
6.4.	I Livelli essenziali di assistenza .....	24
6.5.	assetto organizzativo dell'Azienda Sanitaria .....	25
6.1.	azienda unica della romagna .....	30
7.	L'organizzazione dipartimentale .....	32

## 1. Cenni generali sul Diritto

### Elementi di definizione dello Stato di Diritto

L'organizzazione di una collettività ha bisogno di regole, cioè **norme**, che possono essere di varia natura: **norme religiose, norme di costume, norme morali o etiche, norme giuridiche**

### Cos'è la Norma

Per norma si intende una regola di condotta che fornisce indicazioni su come una persona deve comportarsi. Qualsiasi collettività ha bisogno di determinare delle regole o norme per un'ordinata e pacifica convivenza.

Le norme possono essere di tipo:

- ✓ **religioso** cioè regole dettate dall'appartenenza e quindi dal praticare una determinata fede religiosa; (*aborto condannato dalla religione cattolica, donazione di sangue condannata da alcune sette religiose*)
- ✓ **norme di costume**, cioè regole che si determinano per il fatto che si vive in un contesto sociale e culturale che si caratterizza anche per il rispetto di regole
- ✓ **norme etiche**, norme che derivano dall'assumere i valori come elementi di riferimento per l'agire (il valore della vita, la famiglia, la pacifica convivenza, l'integrazione culturale ...) (*es. adulterio*)
- ✓ **norme giuridiche**, norme che vengono create per una ordinata e pacifica convivenza di un popolo (*es. Bigamia lecita solo in alcuni ordinamenti giuridici*). Le norme che regolano la vita di una collettività rappresentano **il sistema giuridico di quella collettività**. La norma giuridica ha la caratteristica di essere:
  - ✓ **generale** cioè rivolta a tutti coloro che appartengono ad una categoria
  - ✓ **obbligatoria** tutti la devono rispettare e quindi è suscettibile di una sanzione nell'ipotesi di una violazione,
  - ✓ **bilaterale** che cioè corrisponde ai diritti di una persona e ai doveri di un'altra,
  - ✓ **astratta** dove cioè la situazione che la norma privilegia è una situazione ipotetica, statale cioè emessa o riconosciuta dallo stato

(esempio art. 84 c.c.: *i minori non possono contrarre matrimonio, la norma è OBBLIGATORIA perché comporta una sanzione nell'ipotesi di violazione (matrimonio nullo); è GENERALE perché interessa tutti i cittadini italiani; è BILATERALE perché al dovere del minorenni di non sposarsi corrisponde il diritto del maggiorenne a sposarsi, è ASTRATTA poiché la situazione configurata è solo teorica*)

### Cos'è il Diritto

Il diritto può essere rappresentato come il sistema delle regole che governano la convivenza umana; (norme religiose, di costume, etiche, giuridiche).

Il Sistema di Diritto di uno Stato rappresenta anche l'insieme delle norme che lo regolamentano. Ogni stato ha un suo **ordinamento giuridico** che è costituito dall'insieme delle norme giuridiche che si è dato, che permette ai cittadini la convivenza e lo sviluppo di ciò che nell'insieme viene definita società

La norma giuridica rappresenta l'unità elementare del sistema di diritto dello stato.

**Per diritto Oggettivo** si intende il complesso delle norme giuridiche che dettano il comportamento del soggetto

**Per diritto Soggettivo** si intende l'insieme dei diritti e doveri di cui il soggetto è titolare e che tutelano il proprio interesse.

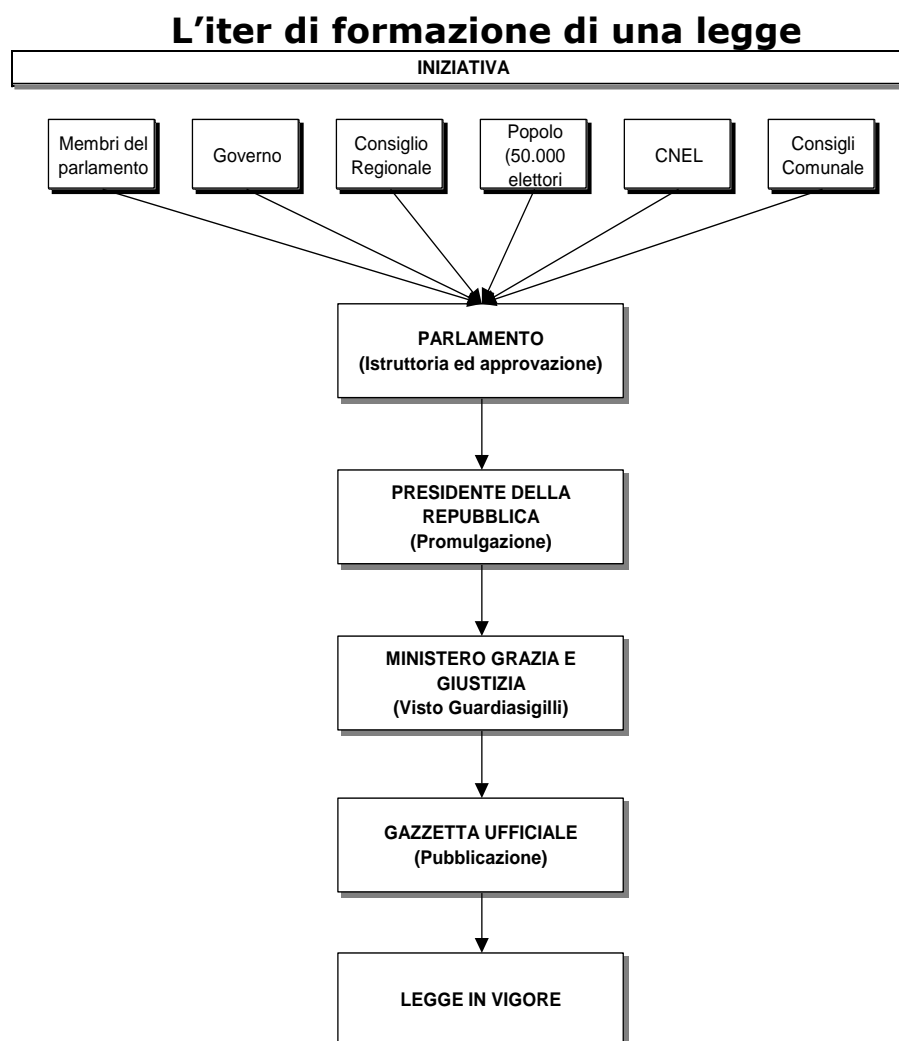
### Quali sono le fonti del Diritto

Le fonti del diritto sono rappresentate da quegli organi che possono creare le norme; nel nostro Paese le fonti del diritto sono rappresentate dal:

- ✓ **Parlamento** che come organo costituzionale dello stato ha proprio la funzione di produrre le leggi
- ✓ **Il Capo dello Stato e il Capo del Governo** che lo possono fare con delega del Parlamento o in caso di urgenza, con propria responsabilità
- ✓ **Altri organi amministrativi statali** con efficacia più limitata
- ✓ **Regioni, Comuni**, che sono autorizzati dallo stato ad emanare leggi o regolamenti in campi, materie e ambiti territoriali e predefiniti.

### **Le norme possono essere classificate in base alla loro tipologia:**

- ✓ **La Costituzione e leggi costituzionali:** è la legge fondamentale dello stato che contiene i principi generali relativi al funzionamento dello stato e ai diritti e doveri dei cittadini. La Costituzione è suddivisa in Principi Fondamentali (es...*la Repubblica è fondata sul lavoro; ...Libertà ed uguaglianza dei cittadini...*) Diritti e Doveri dei cittadini (es. *rapporti civili, diritti economici ed etico - sociali, diritti politici*) Ordinamento della Repubblica (*organi Costituzionali, dovere di difendere la Patria, partecipazione contributiva, fedeltà ecc*)
- ✓ **Le Leggi ordinarie** sono le leggi emanate dal parlamento, organo a cui la costituzione affida il compito di produrre le norme
- ✓ **Decreti leggi del Governo** che possono essere emanati in caso di necessità e urgenza dal governo; hanno valore di legge ordinaria ma devono essere convertiti dal parlamento, pena la decadenza entro 60 giorni
- ✓ **Decreti Legislativi** ovvero leggi delegate, adottate dal Consiglio dei Ministri sulla base di una formale delega adottata dal Parlamento con apposita legge
- ✓ **Regolamenti governativi** atti amministrativi deliberati dal Consiglio dei Ministri ed emanati come Decreti del Presidente della Repubblica
- ✓ **Regolamenti ministeriali** atti amministrativi aventi forza di legge emanati dai rispettivi ministri
- ✓ **Statuti Regionali ordinari**
- ✓ **Leggi Regionali** leggi adottate dai Consigli Regionali per quelle materie stabilite dalla Costituzione
- ✓ **Regolamenti Regionali, Provinciali, Comunali**



## Ordinamento dello Stato

La Costituzione, legge fondamentale dello stato, in vigore dal 1.1.1948, enuncia i principi fondamentali che regolano l'esistenza dello Stato Italiano e la sua organizzazione, già sinteticamente esposta.

### Gli Organi Costituzionali Centrali:

**Parlamento** composto da 2 camere (dei Deputati e del Senato); votano coloro che hanno 18 anni (Camera) e 25 (Senato). La principale funzione è legiferare (approvare le leggi). Controlla l'operato del Governo tramite fiducia e può emettere interrogazioni nei confronti dell'esecutivo (governo).

**Presidente della Repubblica** Capo dello Stato, eletto dalle Camere e dai rappresentanti delle Regioni. Promulga le leggi approvate dal Parlamento, nomina il Presidente del Consiglio dei Ministri, ha il comando delle forze armate e presiede il Consiglio della Magistratura.

**Governo** Composto dal Presidente del Consiglio dei Ministri e dai Ministri. Mantiene l'unità dell'indirizzo politico promuovendo e coordinando l'attività dei Ministri. Il Governo deve avere la fiducia del Parlamento. I ministri sono responsabili degli atti dei loro dicasteri. Il governo può emanare decreti legge in particolari situazioni (urgenza, casi straordinari) e decreti legislativi su delega del Parlamento.

**Corte Costituzionale:** Salvaguardia della Costituzione e delle sue finalità. Garantisce che le leggi approvate dal Parlamento non siano in contrasto con i principi costituzionali. Composta da 15 giudici nominati dal P.d.R., Parlamento, Magistratura.

**Magistratura** l'insieme degli organi che esercitano il potere giurisdizionale, autonomo e indipendente da ogni altro potere. È ordinaria quando esercita la funzione giurisdizionale civile, penale e amministrativa. Si dice invece magistratura amministrativa (Consiglio di Stato, Corte dei Conti, Tribunali Amministrativi Regionali) quando esercita la funzione giurisdizionale nell'ambito amministrativo esclusivo.

**Corte dei Conti** controlla la legittimità degli atti del governo e gestione del Bilancio dello Stato

### Organi Costituzionali Periferici:

**ENTI AUTARCHICI TERRITORIALI** in grado di emanare provvedimenti amministrativi su base territoriale

**Regioni:** a statuto ordinario e speciale, hanno possibilità di legiferare (giunta regionale) in materie previste dalla Costituzione (polizia urbana, turismo, assistenza sanitaria e ospedaliera, istruzione scolastica e professionale, caccia, pesca, fiere e mercati, urbanistica, viabilità, navigazione, agricoltura e foreste, ecc.) e /o delegate dallo Stato (tutela dell'ambiente). Le norme approvate non possono essere in contrasto con quelle dello Stato o di altre regioni. Ha funzione di controllo di legittimità sugli atti delle province, comuni ed enti locali.

**Province:** funzioni amministrative che riguardano l'area di competenza, (difesa del suolo, tutela dell'ambiente, valorizzazione dei beni culturali, viabilità ecc.)

**Comuni:** hanno funzione esecutiva (rispetto delle leggi e disposizioni)

### I soggetti portatori di diritto

Per **Capacità Giuridica** si intende la capacità di essere portatori di obblighi e titolari di diritti; **la capacità giuridica spetta a tutte le persone fisiche**. Le persone fisiche vengono intese come tutti gli uomini nati vivi senza alcuna distinzione di sesso, razza, credo religioso o politico.

**La capacità giuridica spetta anche alle persone giuridiche** cioè a enti od organismi che si sono organizzati per prefissati scopi e possono contrarre obbligazioni

La persona fisica soggetto di diritto e quindi dotata di capacità giuridica, può essere in condizione di **incapacità di agire**, assoluta o relativa,

**Incapacità assoluta legale:**

- ✓ Minorenne, non può da solo validamente porre in essere alcun atto giuridico volto alla cura dei propri interessi
- ✓ L'interdetto giudiziale, soggetto che a causa di grave ed abituale infermità mentale, viene dichiarato con sentenza incapace di provvedere ai propri interessi; la legge affida la rappresentanza legale al tutore che compie quindi tutti gli atti di interesse per l'incapace

- ✓ L'interdetto legale, quale pena accessoria a condanne all'ergastolo o detenzioni superiori ai 5 anni

### **Incapacità relativa ad agire:**

E' limitata agli atti di straordinaria amministrazione,

**L'inabilitazione** ricorre quando interviene una sentenza del giudice, in un procedimento instaurato a causa della ricorrenza di una delle seguenti condizioni:

- ✓ infermità abituale di mente non grave
- ✓ alcoolismo o Tossicodipendenza o prodigalità
- ✓ menomazioni fisiche quali la cecità ed il sordomutismo dalla nascita, laddove il soggetto non abbia ricevuto un'educazione atta a garantirgli l'autonomia.

All'inabilitato la legge affianca il Curatore che collabora al compimento degli atti di straordinaria amministrazione, integrando la volontà dell'incapace

## **2. L'ASSISTENZA SANITARIA PRIMA DELL'ISTITUZIONE DEL SSN**

L'attuale organizzazione sanitaria e sociale scaturiscono da un percorso storico preciso e ben delineato.

DATA	DESCRIZIONE PRINCIPALI LEGGI PRIMA DELLA RIFORMA
Prima unità d'Italia	il principio ispiratore è l'atteggiamento di carità verso i pellegrini con: <ul style="list-style-type: none"> <li>• creazione di posti letto all'interno di monasteri (<b>Xenodochi</b>) per ospitare viandanti e pellegrini</li> <li>• costruzione di <b>Lazzaretti</b>, ovvero luoghi di ricovero coatto, ad oriente di ogni grande città</li> </ul>
1865	Si affida la tutela della salute al Ministero dell'Interno che provvede attraverso prefetti e sindaci
1890	La legge <b>Crispi</b> : laicizza, rende pubbliche e controlla le Opere Pie, ovvero gli istituti gestiti da ordini religiosi. Pone l'obbligo per gli ospedali di assistere le persone povere (feriti, malati acuti, donne partorienti) con rimborso delle spese a carico del comune
1938	Regio Decreto n° 1631 (Legge <b>Petragnani</b> ) stabilisce che gli ospedali devono avere locali di cura e servizi suddivisi per sesso e per età, per l'isolamento di infettivi, servizi diagnostici, lavanderia, cucina, camera mortuaria. Vengono classificati gli ospedali Generali e Specializzati in tre categorie e in una quarta cosiddetta <b>infermeria</b> .
1948	entra in vigore la Costituzione Repubblicana. La Costituzione è la legge fondamentale dello Stato nella quale sono stabilite le regole fondamentali della vita sociale.
1958	E' istituito il Ministero della Sanità con la L 13 marzo 1958, n.296. All'epoca l'organizzazione sanitaria era così composta: <ul style="list-style-type: none"> <li>• al centro il <b>Ministero della Sanità con il Consiglio Superiore di Sanità</b> (organo consultivo) e l'<b>Istituto Superiore di Sanità</b> (organo tecnico);</li> <li>• in periferia <b>l'ufficio del medico provinciale, l'ufficio del veterinario provinciale, gli uffici sanitari dei comuni e dei consorzi comunali, gli uffici speciali</b> (uffici di sanità marittima, aerea e di frontiera; uffici veterinari di porto, aeroporto e di confine).</li> </ul>
1968	istituisce <b>l'Ente Ospedaliero</b> , quale ente pubblico il cui compito istituzionale era quello di provvedere al ricovero e alla cura degli infermi. Con questa legge lo stato pone ordine all'assistenza ospedaliera pubblica indicando con estrema chiarezza gli enti che possono, a precise condizioni, svolgere assistenza a favore di tutti i cittadini italiani e stranieri. La legge regola: <ol style="list-style-type: none"> <li>A. L'ente ospedaliero, la struttura e l'amministrazione degli enti ospedalieri</li> <li>B. I requisiti e classificazione degli ospedali: regionale, provinciale, locale (in</li> </ol>

DATA	DESCRIZIONE PRINCIPALI LEGGI PRIMA DELLA RIFORMA
	<p>relazione alle tipologie di divisioni/discipline presenti)</p> <p>C. La programmazione ospedaliera: (pianificazione degli ospedali)</p> <p>D. L'ordinamento dei servizi e del personale: definizione del n. dipendenti per posto letto e conseguenti livelli minimi di assistenza)</p> <p>Gli ospedali pubblici vengono suddivisi in Ospedali Regionali Provinciali e Zonali generali o specializzati in relazione al bisogno della popolazione e possiedono una propria autonomia tecnico-funzionale.</p>

### L'ISTITUZIONE DELLE REGIONI

Nel 1970 vengono istituite le Regioni e negli anni successivi, dal 1972 al 1977, vengono trasferite alle regioni una serie di funzioni amministrative di competenza dello stato.

Questo trasferimento di competenze rappresenta la necessaria premessa per l'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale.

### L'ORGANIZZAZIONE MUTUALISTICA

Accanto all'organizzazione dello Stato sorse, soprattutto per iniziativa del mondo del lavoro e sindacale, l'organizzazione mutualistica.

Le prime casse mutue furono volontarie e vennero istituite in seguito a rivendicazioni sociali tra la fine dell'ottocento e l'inizio del novecento.

Il vero sistema mutualistico si sviluppò però negli anni fra la prima e la seconda guerra mondiale fino all'entrata in vigore della L.833 del 1978.

Tutti gli appartenenti a una determinata categoria di lavoratori mettevano in comune il rischio di malattia e costituivano un fondo gestito dalla Cassa Mutua e finanziato con i loro salari. Quando un lavoratore o un suo familiare si ammalava, interveniva la Cassa Mutua cui il lavoratore era iscritto, coprendo le spese. Sia pure con qualche differenza, era stato istituito una forma di assistenza di tipo assicurativo.

Successivamente molte casse mutue si fusero tra di loro dando origine a grandi Enti come l'INAM, l'ENPAS, l'INADEL, l'ENPDEP.

Alcuni di questi enti erogavano una assistenza diretta (al verificarsi della malattia e delle spese a essa conseguenti interveniva direttamente l'ente mutualistico), altri indiretta (al verificarsi della malattia e delle sue spese interveniva il lavoratore che poi si faceva rimborsare dall'ente). I contributi per l'assistenza mutualistica erano versati sia dai lavoratori e, in forma più cospicua, dai datori di lavoro.

Il progresso che si ebbe con il sistema mutualistico rispetto al precedente sistema, che riconosceva solo ai poveri e agli indigenti l'assistenza, fu evidente.

Il sistema non era, e non aveva la pretesa di essere un sistema completo. Erano esclusi dalla copertura assicurata delle mutue, alcuni tipi di patologie che godevano di altre coperture assicurative. Tra di esse spiccava la tubercolosi, coperta dall'INPS, le malattie e gli infortuni professionali, coperti dall'INAIL, le malattie infettive e diffuse e le malattie veneree. Questa copertura assicurativa copriva circa il 90% della popolazione che usufruiva dell'assistenza sanitaria, con modalità e parametri diversi.

**L'organizzazione sanitaria prima della Legge 833/78  
era costituita da diversi servizi autonomi, amministrati da  
Enti/istituzioni distinte, senza alcun momento di  
integrazione**

#### Province

- Ospedali psichiatrici
- Centro Igiene Mentale
- Consorzio antitubercolare
- Lab. Igiene e Profilassi

#### Comune

- Uff. Sanitario Igiene
- Condotte Mediche
- Condotte Ostetriche

#### Enti Mutualistici

...il 90% della popolazione  
usufruiva dell'assistenza  
sanitaria su base assicurativa

#### Ente Ospedaliero



### 3. LA PRIMA RIFORMA DEL SISTEMA SANITARIO

In Italia La Costituzione entra in vigore il 1° gennaio 1948 come diretta conseguenza del crollo del regime fascista ('45) e della caduta della monarchia ('46).

la Costituzione e le leggi che ne sono conseguite hanno sancito una serie di diritti che lo Stato garantisce ai propri cittadini come diritti fondamentali ed irrinunciabili, e che lo Stato salvaguarda, come ad esempio il diritto al lavoro, alla prevenzione e salvaguardia contro gli infortuni, il diritto alla salute, il diritto alla qualità della vita, il diritto alla previdenza, alla privacy, allo studio..

il **Sistema del Welfare** rappresenta l'insieme delle strutture, risorse, tecnologie, conoscenze, procedure ecc.. che lo Stato Italiano mette a disposizione del cittadino al fine di garantire i diritti che la Repubblica ha individuato nella Carta Costituzionale e nelle Leggi che ne conseguono, come diritti fondamentali ed irrinunciabili per ogni cittadino;

Il Diritto alla Salute trova fondamento nell'Articolo 32 della Legge Costituzionale: "  
La Costituzione italiana, all'art. 32 dispone:

*"la Repubblica tutela la salute come **fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività e garantisce cure gratuite agli indigenti.***

*Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizioni di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana".*

Sono quindi riconosciuti dalla Carta Costituzionale il diritto individuale e un interesse collettivo legittimo alla salute. La previsione della gratuità delle cure è solo per gli "indigenti".

Il secondo comma dell'art. 32 introduce il principio della volontarietà dei trattamenti sanitari, principio al quale si può derogare soltanto per espressa disposizione di legge (riserva di legge) che, comunque, deve rispettare la persona.

La stessa Costituzione all'art 117 demanda alle Regioni il potere di legiferare in materia sanitaria, anche se nell'ambito delle leggi cornice dello Stato.  
(Le Regioni, dal punto di vista amministrativo, non erano ancora state istituite).

Il 7 aprile 1948 l'Organizzazione Mondiale della Sanità, all'atto della sua costituzione, definì il concetto di salute:

*"la salute è uno stato di completo benessere fisico, mentale, sociale e non consiste solo in una assenza di malattia".*

Questa classica definizione, concepita nell'immediato dopoguerra, quando pace e salute erano vissute come elementi inseparabili, ha avuto tra i suoi grandi pregi quello di offrire un'accezione positiva al concetto di salute, comprendendola nella dimensione sociale e psicologica.

Per **Salute** si intende quindi uno stato di benessere fisico, psicologico, sociale e relazionale e la salute della persona è salvaguardata dallo Stato attraverso interventi di prevenzione, diagnosi e terapia, nonché di riabilitazione oppure di mantenimento delle migliori equilibri tra stato di salute e malattia anche mediante interventi di tipo palliativo

Quando parliamo di **Assistenza Sanitaria** dobbiamo fare riferimento a tutti quegli interventi e risorse che lo Stato mette a disposizione della persona singola e della comunità, e che sono finalizzati a restituire, conservare o mantenere il miglior stato di salute possibile.

L'Assistenza Sanitaria rappresenta un pilastro del sistema del Welfare, volto a garantire il diritto fondamentale ed irrinunciabile alla salute.

Non è da confondere **con l'Assistenza Sociale** che rappresenta un altro pilastro del sistema del Welfare che lo Stato mette a disposizione dei propri cittadini e della comunità, per garantire la qualità della vita, pari opportunità, limitare il disagio individuale e familiare, tutti fattori che non tutti i cittadini possiedono per effetto di inadeguatezza di reddito, difficoltà sociale e condizioni di mancata autonomia

Se il diritto alla Salute è erogato dallo Stato in forma gratuita a tutti i cittadini, in particolare agli indigenti, il diritto alla qualità della vita è un "diritto condizionato" alla capacità del cittadino di essere autosufficiente



E' ampiamente dimostrato inoltre, che Il disagio sociale associato a condizioni di insalubrità, possono condizionare in modo importante lo stato di salute delle persone, facilitando l'insorgere di malattie. Alcune prestazioni ed interventi di carattere sociale possono rappresentare quindi forme di integrazione al sistema di cura e di assistenza sanitaria che il Sistema Sanitario riconosce come interventi a rilevanza sanitaria e quindi remunera direttamente dal proprio sistema di risorse.

## **Assistenza Sanitaria :**

**finalizzata a restituire o conservare lo stato di salute della persona e della comunità**

**Prevenzione**

**Diagnosi e Terapia**

**Riabilitazione** (recupero della abilità residue ,contenimento degli esiti )

**Palliazione fine Vita**

### **ATTIVITA' SOCIALI a RILEVANZA SANITARIA**

**attività del sistema sociale che hanno l'obiettivo di supportare la persona in stato di bisogno, con problemi di disabilità' o di emarginazione condizionanti lo stato di salute.**

## **Assistenza Sociale**

**finalizzata a garantire la qualità della vita, pari opportunità, limitare il disagio individuale o familiare, derivanti da inadeguatezza di reddito, difficoltà sociale e condizioni di mancata autonomia**

**Emarginazione**

**Reddito**

**Autonomia**

Per rendere effettivo l'enunciato dell'Articolo 32 della Costituzione e le indicazioni dell'OMS, dettate negli anni 70, dopo una lunghissima discussione parlamentare, è stata varata, nel 1978, **la legge 833/78** istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale (SSN).

I contenuti di questa legge, fortemente orientati all'**EQUITÀ** del sistema, ossia alla riduzione di disuguaglianze, sono stati ispirati anche da altri principi previsti anche all'interno della Costituzione.

La legge 833 è definita anche **legge quadro** in quanto delinea il sistema sanitario nei suoi elementi strutturali:

- ✓ **istituisce 3 livelli di governo della sanità (Centrale in capo all'organo esecutivo dello Stato, Decentrato in capo alle Regioni e alle Province, Territoriale in capo ai Comuni)**
- ✓ **fissa obiettivi, principi che devono essere poi completati da una serie di adempimenti di tipo legislativo ed amministrativo (Piano Sanitario Nazionale, Stato giuridico del personale, Definizione del bacino di utenza ed organizzazione delle Unità Sanitarie Locali).**

### **3.1.PRINCIPI E VALORI DI RIFERIMENTO DELLA LEGGE 833**

- *Tutela della salute come diritto fondamentale dell'individuo e della collettività*
- *Rispetto della dignità e della libertà della persona umana*
- *Uguaglianza di trattamento e Universalità dei destinatari*
- *Diritto alla libera scelta del medico e del luogo di cura; Diritto di accedere per motivate ragioni o in casi di urgenza o di temporanea dimora in luogo diverso da quello abituale, ai servizi di assistenza di qualsiasi USL*
- *Partecipazione dei cittadini alla gestione della salute mediante organi di gestione di emanazione del Consiglio Comunale e il decentramento dei servizi*
- *Riconoscimento della funzione delle associazioni di volontariato liberamente costituite aventi la finalità di concorrere al conseguimento dei fini istituzionali del SSN*
- *Razionalizzazione della spesa mediante una riduzione dei centri di costo, la definizione di un Fondo Sanitario nazionale che viene finanziato annualmente con la legge di Bilancio dello stato, un sistema di controllo della spesa*
- *Il fondamento dello Stato sulle autonomie locali e il relativo decentramento*
- *La competenza legislativa e amministrativa delle Regioni in materia di assistenza sanitaria e ospedaliera*
- *Superamento degli squilibri territoriali mediante manovre di riequilibrio fra le regioni*

### **3.2.OBIETTIVI DELLA LEGGE 833:**

La legge si prefigge di ottenere i seguenti risultati in termini di organizzazione e gestione sanitaria

- **Globalità delle prestazioni** attraverso un unico sistema di erogazione periferico l'Unità Sanitaria Locale
- Adeguata **Educazione sanitaria** del cittadino e della comunità
- **Prevenzione** delle malattie ed infortuni in ogni ambito di vita e di lavoro
- **Diagnosi e cura** degli eventi morbosi quali che ne siano le cause, la fenomenologia e la durata
- **Riabilitazione** degli stati di invalidità ed inabilità somatica e psichica
- **Promozione** e salvaguardia della salubrità e dell'igiene ambientale
- **Igiene degli alimenti**
- **Disciplina** della sperimentazione, produzione, immissione in commercio **dei farmaci**
- **Formazione professionale e permanente del personale del SSN**

### **3.3.PUNTI QUALIFICANTI DELLA LEGGE:**

- ✓ **Estensione dell'assistenza Sanitaria a tutti i cittadini**
- ✓ **Unicità dell'intervento:** tutti gli interventi svolti prima in modo autonomo e disarticolato ora vengono unificati in un unico organismo: l'**Unità Sanitaria Locale** che è il complesso dei presidi, degli uffici e dei servizi dei comuni che per singolo territorio avrà la competenza della gestione degli interventi sanitari: assistenza ospedaliera, attività igienistiche, di igiene ambientale, di assistenza di base (territorio).
- ✓ **Decentramento:** in un determinato territorio ci sarà una USL che garantisce gli interventi sanitari.
- **Globalità:** l'Unità Sanitaria Locale è responsabile dei vari momenti della sicurezza sanitaria dalla **prevenzione**, alla **cura** alla **riabilitazione**

### 3.4.IL MODELLO ORGANIZZATIVO DEL SSN NELLA LEGGE 833:

Questa importante riforma ha determinato in quel periodo il definitivo tramonto del sistema mutualistico basato sul principio assicurativo obbligatorio: tutti i cittadini italiani in quanto tali hanno diritto ad avere tutelato il loro diritto alla salute attraverso le prestazioni erogate dal SSN.

La legge indica anche con quale struttura raggiungere gli obiettivi di tutela della salute; tale configurazione prevede **un'articolazione a livello centrale (Ministero della Salute) regionale (Assessorato alla Sanità) e locale territoriale (Unità Sanitaria Locale).**



**Il Territorio è suddiviso in unità organizzative denominate Unità Sanitarie Locali (USL)**, cioè il complesso dei presidi, degli uffici e i servizi dei singoli comuni o associati e delle comunità montane, i quali in ambito territoriale determinato assolvono ai compiti del SSN.

Sulla base dei principi della legge 833 in ogni Regione sono state promulgate le leggi regionali di attuazione con scelte organizzative non omogenee.

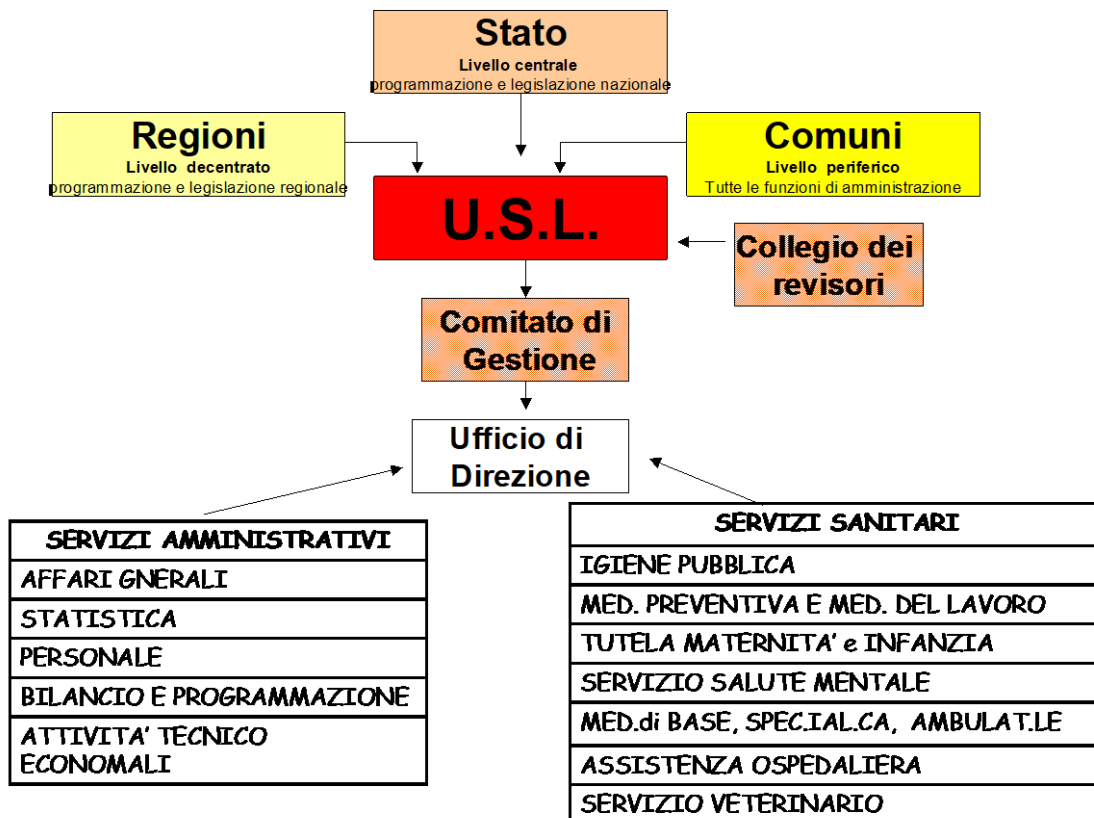
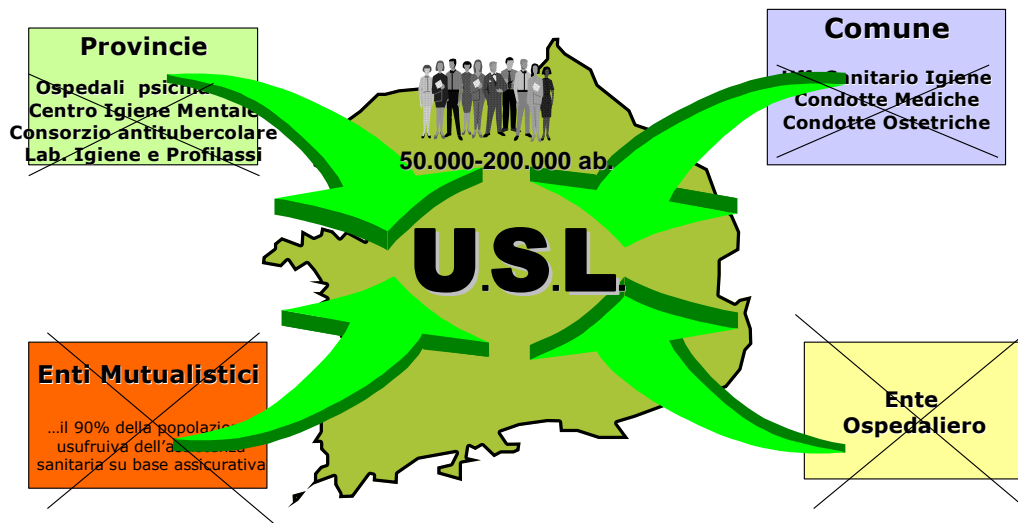
Le USL, Enti locali dei singoli Comuni o associati o delle Comunità montane si sono articolate in Distretti Sanitari di Base, quali strutture tecnico-funzionali per l'erogazione dei servizi di primo livello e di emergenza territoriale.

L'organizzazione del Sistema Sanitario Nazionale si configura con la Legge 833 su tre livelli di organizzazione:

- **Il Ministero della Salute** rappresenta il livello centrale del Sistema Sanitario Nazionale preposto alla funzione di indirizzo e programmazione in materia sanitaria, alla definizione degli obiettivi da raggiungere per il miglioramento dello stato di salute della popolazione e alla determinazione dei livelli di assistenza da assicurare a tutti i cittadini in condizioni di uniformità sull'intero territorio nazionale. La missione del Ministero della Salute si è significativamente modificata negli ultimi anni, da "pianificazione e governo della sanità" a "garanzia della salute" per ogni cittadino. Al conseguimento degli obiettivi concorrono:
- **le Regioni**, rappresentano il livello decentrato ed organizzano sul proprio territorio i servizi e le attività destinate alla tutela della salute, programmano ed organizzano gli interventi da compiere, coordinano l'azione delle Unità Sanitarie Locali e ne verificano l'operato;
- **le Unità Sanitarie Locali**, rappresentano il livello territoriale che provvede ad assicurare i livelli di assistenza nel proprio ambito territoriale attraverso i propri servizi o acquistando le prestazioni presso altre strutture pubbliche o private. Le USL sono gestite dai Comuni in quanto Enti locali degli stessi.

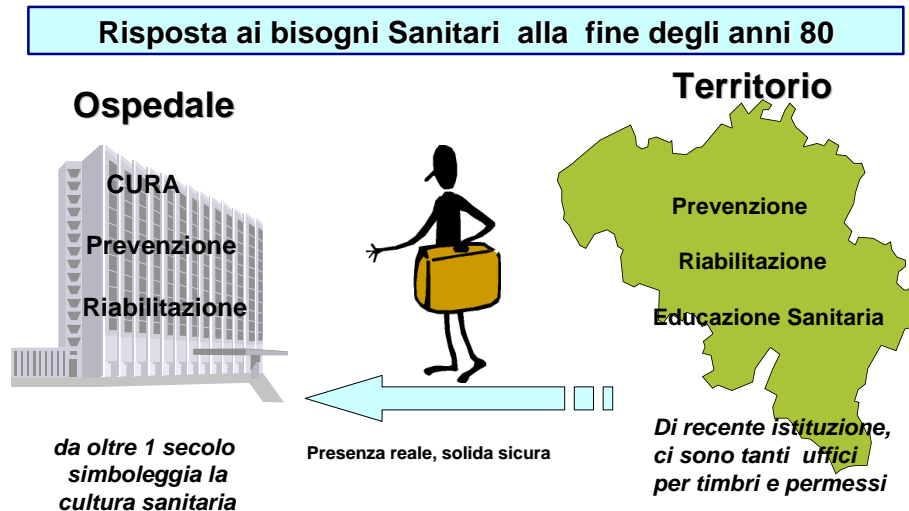
## La legge di riforma Sanitaria 833/78

attribuisce all'U.S.L. l'erogazione delle prestazioni riconoscendole la competenza di gestione di tutti gli interventi sanitari di prevenzione, cura e riabilitazione



#### 4. ANNI 80' E LA SECONDA RIFORMA DEL SSN

Il paese in questo periodo attraversa una gravissima crisi economica, ma anche istituzionale, legata a gravi fatti di corruzione che innescarono radicali cambiamenti di carattere strutturale coinvolgenti il settore pubblico, tra cui anche la sanità. Il diritto alla tutela della salute non si mette in discussione, ma è necessario un utilizzo razionale delle risorse, non più illimitate, pena l'impossibilità di mantenere il sistema sanitario pubblico.



**Con la Legge 421 del 1992**, il Parlamento dà mandato al Governo di ridare una nuova organizzazione ai settori del pubblico impiego, sanità, sistema previdenziale, finanza locale. Per quanto riguarda la sanità il nuovo assetto viene determinato con i successivi conseguenti Decreti Legislativi 502/92 e 517/93.

La legge 421 delega il governo ad emanare decreti di riforma del SSN in modo che il sistema si caratterizzi:

- Per il completamento del processo di regionalizzazione e di autonomizzazione delle Unità Sanitarie Locali trasformandole da Enti Locali del Comune in Aziende infraregionali autonome con personalità giuridica di tipo pubblico ed un bacino territoriale di riferimento di ambito provinciale
- Per la garanzia della libera scelta del cittadino assistito nei confronti delle strutture e dei professionisti accreditati e con i quali il SSN intrattiene appositi rapporti
- Per una maggiore efficienza ed efficacia dei servizi, eliminando sprechi e disfunzioni anche attraverso l'elaborazione di linee guida che consentano di misurare e verificare l'appropriatezza delle prescrizioni e delle prestazioni garantendo l'equità distributiva
- Per un rafforzamento del ruolo dei comuni nella partecipazione alla programmazione sanitaria e socio-sanitaria, nonché nella verifica dell'efficienza dei servizi compresa la valutazione dei risultati delle attività della AUSL e la partecipazione ai procedimenti di nomina e di revoca dei Direttori Generali
- Per la definizione di modalità e tempi per il perseguimento dell'integrazione dei Servizi Sanitari con quelli socio-assistenziali, disciplinando la partecipazione dei comuni alle spese connesse alle prestazioni sociali
- Per lo sviluppo di strumenti gestionali tipici del sistema aziendale, con particolare riferimento a una maggiore flessibilità nell'acquisizione e utilizzazione delle risorse umane ed una effettiva responsabilizzazione della dirigenza
- Per sistemi di finanziamento delle prestazioni a tariffa tra presidi delle USL e delle Aziende Ospedaliere
- Per l'elaborazione di un **modello generale di accreditamento** delle strutture sanitarie volto a dare alle Regioni la possibilità di dimensionare l'offerta dei servizi in coerenza con la propria programmazione e con quella nazionale.

#### **4.1.CAMBIAMENTI AL SSN CON I DECRETI 502/92 E 517/93**

Le principali modifiche strutturali apportate dai decreti delegati sono:

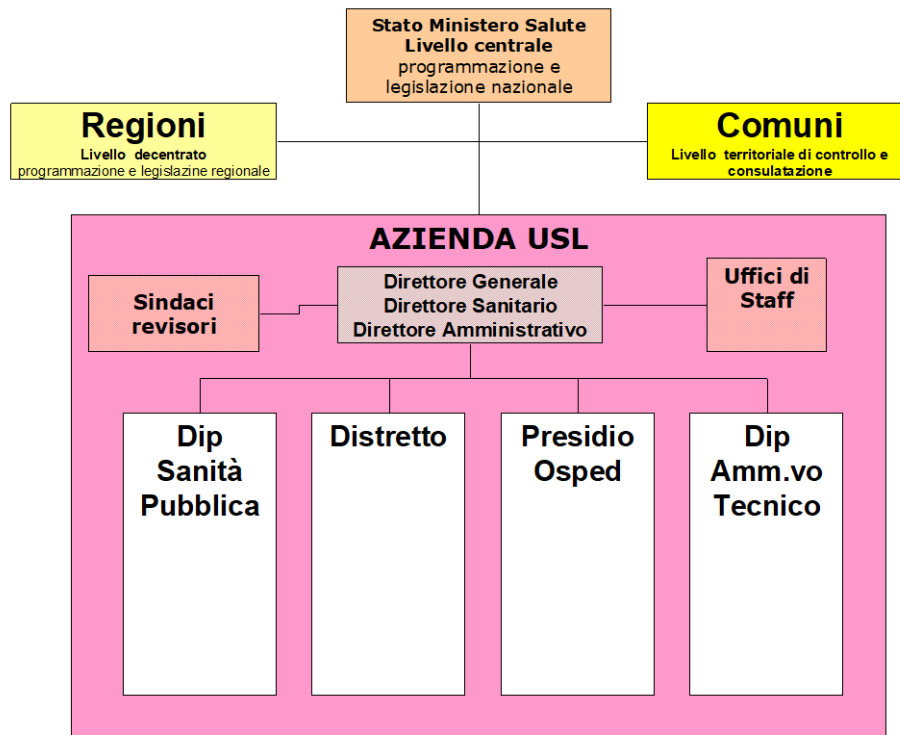
- ✓ **Le Unità Sanitarie Locali diventano Aziende dotate di personalità giuridica pubblica, autonomia organizzativa, patrimoniale, amministrativa, contabile, gestionale e tecnica**
- ✓ **Si riduce il numero delle USL, che dovrebbero coincidere di norma con l'articolazione provinciale**
- ✓ **Gli organi istituzionali dell'AUSL diventano il Direttore Generale, il Collegio dei Revisori,(il Collegio di Direzione sarà istituito successivamente con il DLgs 229/99).**
- ✓ **La nomina del Direttore Generale viene adottata dalla Giunta Regionale su proposta del Presidente della stessa**
- ✓ **Il Direttore Generale si avvale del supporto di 2 esperti, il Direttore Amministrativo in materie giuridiche ed economiche; il Direttore Sanitario e dei Servizi Sociali Laureato in Medicina esperto in materia di organizzazione e gestione sanitaria.**
- ✓ **Al Sindaco o alla Conferenza dei Sindaci, autorità istituzionale sul Territorio che garantisce il diritto alla salute dei cittadini, acquisisce un potere di validazione e controllo sulle attività dell'Azienda, esaminando i bilanci preventivi e consuntivi con possibilità di formulare proposte ed agire in termini di sfiducia nei confronti delle azioni del DG**
- ✓ **Il D.Lgs 517 prevede che gli ospedali di maggior rilievo (nazionale e specialistico) vengano scorporati dalle USL per essere costituiti in Aziende Sanitarie Ospedaliere con le medesime attribuzioni ed organismi previsti per l'AUSL.**
- ✓ **All'interno delle AUSL gli ospedali che non vengono trasformati in Aziende diventano presidi dell'USL.**

In altre parole la riforma apporta modifiche all'assetto organizzativo del SSN e trasforma il sistema di erogazione delle prestazioni territoriale (L'Unità Sanitaria Locale) in un ente giuridicamente autonomo dove l'Amministratore si assume con pienezza la responsabilità delle scelte strategiche compiute, sia che portino ad uno sviluppo dell'Azienda, sia ad una sua involuzione, e deve garantire per lo meno il pareggio di bilancio.

L'Azienda USL si configura come ente strumentale della Regione, dotato di personalità giuridica di tipo pubblico, che agisce in assoluta indipendenza per garantire livelli adeguati di assistenza a tutta la popolazione di riferimento evitando di spendere male i fondi assegnati.

Le Aziende sono controllate dall'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali per conto del Ministero della Salute. ad essa sono delegati i controlli in merito al comportamento delle amministrazioni locali. I Comuni sono chiamati a partecipare alla programmazione sanitaria e socio-sanitaria, nonché alla verifica dei servizi e alla contrattazione dei livelli di assistenza. L'Azienda Sanitaria è gestita da un Dirigente il cui rapporto di lavoro passa dalle garanzie del pubblico impiego ad un rapporto di tipo fiduciario con i mandati della committenza. L'Azienda inoltre si deve impegnare a fornire ai cittadini le informazioni necessarie per conoscere, accedere ed essere garantiti sulla qualità delle prestazioni (carta dei servizi) e a loro volta questi devono partecipare alla programmazione e valutazione delle attività aziendali (I Comitati Consuntivi Misti rappresentano il luogo dove le associazioni che rappresentano gli interessi del cittadino nel settore della salute incontrano periodicamente i responsabili dell'Azienda per discutere dei problemi e delle iniziative che l'Azienda Sanitaria porta avanti per risolverli)





Le strutture attraverso le quali le ASL provvedono all'erogazione dell'Assistenza Sanitaria, cioè all'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) sono:

- ✓ **I Dipartimenti di Sanità Pubblica che sono deputati alla** tutela della salute delle persone e della collettività nell'ambiente, nei luoghi di vita e di lavoro (LEA Prevenzione).

In questo ambito si collocano:

**i controlli negli ambienti di lavoro** per la sicurezza, la prevenzione degli infortuni, la tutela della salute dei lavoratori;

**i controlli sugli alimenti, sull'acqua da bere**, sull'acqua dei fiumi e del mare per la balneazione, sulle fonti di inquinamento;

**gli interventi di profilassi delle malattie infettive e parassitarie per l'uomo e per gli animali.**

In questa area rientrano i programmi di educazione sanitaria, i programmi per la prevenzione dell'aids, le campagne di prevenzione e diagnosi precoce di malattie oncologiche, le campagne per la dismissione dell'amianto, ecc.. Di questa area è parte anche la **medicina legale**.

In ogni Azienda Usi queste funzioni sono raggruppate nei Dipartimenti di Sanità Pubblica (Delibera Giunta RER 322/2000 dell'1/3/2000) la cui azione, oltre alla **vigilanza e il controllo**, è quella di **intervenire prima che sorgano problemi per assicurare la salubrità e l'igiene dei prodotti alimentari, degli ambienti di vita e di lavoro**.

- ✓ **I Distretti sanitari che sono deputati a garantire assistenza territoriale (LEA Assistenza Primaria)** che comprende i seguenti ambiti di assistenza:

- **Assistenza Sanitaria di Base** (fornita da medici di base/di famiglia/MMG, pediatri di libera scelta, guardia medica notturna e festiva, guardia medica turistica, assistenza sanitaria di italiani all'estero e stranieri in regione) Specifiche convenzioni regolano i rapporti con i medici di famiglia, i pediatri di libera scelta, i farmacisti pubblici e privati
- **Assistenza Sanitaria Specialistica Ambulatoriale** (prestazioni specialistiche ambulatoriali diagnostiche, terapeutiche e riabilitative)
- **Assistenza Sanitaria Domiciliare** (l'assistenza domiciliare programmata e/o integrata, per pazienti in fase terminale, pazienti tossicodipendenti anche in comunità protette, pazienti con HIV, pazienti psichiatrici)
- **Assistenza Farmaceutica** (fornitura di medicinali e medicinali innovativi)
- **Assistenza Integrativa** (fornitura di prodotti dietetici e presidi sanitari per categorie particolari)
- **Assistenza Protesica** (fornitura di protesi e ausili per disabili fisici, psichici e sensoriali)



- **Assistenza e Attività Consultoriale** per la tutela della salute dell'infanzia, della donna e della famiglia
- **Assistenza sanitaria degli italiani all'estero e degli stranieri in regione**
- **Assistenza connessa alle attività sportive non agonistiche**

*Questa configurazione, con la III riforma sanitaria, rappresenterà la premessa per la creazione del Dipartimento di Cure Primarie dell'organizzazione dei servizi di Medicina Generale (medicines di Rete, di Gruppo e i Nuclei di Cure Primarie), nonché dell'organizzazione degli Ospedali di Comunità e delle Case della Salute.*

- ✓ **I Presidi Ospedalieri che** hanno l'obiettivo di assicurare **prestazioni sanitarie in regime di ricovero e di day-hospital** attraverso una rete ospedaliera regionale, di cui sono parte anche case di cura private accreditate. I servizi che assicura la rete ospedaliera sono:

- Pronto soccorso (di questo ambito è parte la rete dell'emergenza 118)
- Degenza Ordinaria (diverse modalità organizzative: degenza breve, ecc.)
- Day Hospital e Day Surgery
- Interventi ospedalieri a domicilio (Home Care)
- Riabilitazione
- Lungodegenza

Fanno riferimento a questa area anche il sistema di raccolta e delle trasfusioni di sangue, le attività di prelievo e trapianto di organi.

- ✓ **Le Aziende Ospedaliere e gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS)**

il D.Lgs 517 prevede che gli ospedali di maggior rilievo (nazionale e specialistico) vengano scorporati dalle USL per essere costituiti in Aziende Ospedaliere con le medesime attribuzioni ed organismi previsti per l'AUSL.

L'IRCCS è un'Azienda Sanitaria che oltre ad erogare prestazioni sanitarie di carattere specialistico in genere a regime di ricovero ospedaliero, svolge come sua missione anche attività di ricerca nel settore

#### **4.2.LA PROGRAMMAZIONE SANITARIA**

La programmazione sanitaria si realizza attraverso l'indicazione delle linee di indirizzo del SSN e la verifica dell'attuazione delle attività poste a tutela della salute dei cittadini.

Uno strumento importante della programmazione sanitaria è il **Piano Sanitario Nazionale** che è uno Strumento normativo che viene rinnovato ogni 3 anni (*cambia la situazione sanitaria del Paese ...l'invecchiamento della popolazione, perfezionamento delle tecnologie, miglioramento dei farmaci*).

E' composto di due parti:

- ✓ La prima è costituita da **progetti-obiettivo finalizzati al cambiamento** e al **miglioramento** dei **servizi** erogati ai cittadini.
- ✓ La seconda riguarda la promozione della salute, l'ambiente, la sicurezza alimentare e l'integrazione col sociale.

#### **PSN 2006/2008**

Si pone in un'ottica del tutto nuova e coerente con i cambiamenti legislativi e politici, trasformandosi, rispetto ai precedenti piani, da atto programmatico per le regioni in PROGETTO di SALUTE condiviso e attuato con le Regioni in modo sinergico e interattivo.

Tra i vari obiettivi da raggiungere, di particolare importanza risulta il superamento del nostro modello sanitario, centrato sull'ospedale!

Naturalmente è riaffermato la garanzia per tutti del diritto alla salute, la limitazione degli sprechi e inappropriately delle richieste e delle prestazioni, l'insufficiente attenzione all'erogazione del servizio per cronici ed anziani, Lea, prevenzione, cure palliative sono solo alcune delle scelte che, nel breve e medio periodo, vincoleranno il Servizio sanitario nazionale

- ✓ La garanzia e l'aggiornamento dei LEA
- ✓ La sanità italiana in Europa, l'Europa nella sanità italiana
- ✓ La Prevenzione Sanitaria e la promozione della salute
- ✓ La riorganizzazione delle cure primarie
- ✓ L'integrazione delle reti assistenziali: sistemi integrati di reti sovraregionali e nazionali
- ✓ L'integrazione tra diversi livelli di assistenza

- ✓ L'integrazione socio-sanitaria
- ✓ Il dolore e la sofferenza nei percorsi di cura
- ✓ La rete assistenziale per le cure palliative

## II PSN 2009-2011

Pone particolare attenzione a:

- ✓ cure primarie e all'assistenza h24
- ✓ Attivazione presso i Pronto Soccorso di Ambulatori per la gestione dei codici di minore gravità per una migliore gestione dell'iperafflusso dei cittadini;
- ✓ Attivazione di Presidi Ambulatoriali Distrettuali, gestiti dai medici di Continuità Assistenziale, per garantire una risposta assistenziale nelle 24 ore.
- ✓ Punti di Primo Intervento per una prima risposta sanitaria all'emergenza-urgenza e a situazioni di minore gravità in aree territoriali disagiate o prive di presidi sanitari.
- ✓ presa in carico globale del paziente e in particolare alle cure palliative e terapia del dolore
- ✓ assistenza domiciliare integrata in tutto il territorio nazionale, per assicurare alla persona fragile e non autosufficiente la permanenza presso il proprio domicilio con l'applicazione di un progetto di cure e assistenza multiprofessionale
- ✓ Individuazione di modelli organizzativi volti a garantire lo sviluppo e l'uniformità su tutto il territorio nazionale dell'approccio riabilitativo e assistenziale di soggetti in stato vegetativo e di minima coscienza nella fase di cronicità sono stati individuati
- ✓ tutela della maternità guardando sia al "percorso-nascita" sia alla "diminuzione della mortalità neo e peri-natale"

## II PSN 2011-2013

pone come macro obiettivo del Servizio Sanitario Nazionale non solo quello della promozione "della salute dei cittadini", bensì quello della promozione del **"benessere e della salute dei cittadini e delle comunità"** nella consapevolezza che *"la vera ricchezza del sistema sanitario è la salute dei cittadini"*.

Le grandi sfide assistenziali che caratterizzano la programmazione nazionale (*problemi di assistenza socio sanitaria connessi alla non autosufficienza, l'elevata presenza di anziani e grandi anziani, le disponibilità di terapie/diagnosi ad alto costo indirizzate a specifiche coorti di assistiti*), oltre a richiedere un'efficace integrazione delle politiche, degli indirizzi e degli interventi da parte delle diverse aree del welfare, necessitano anche di un sistema coeso che porti alla convergenza dei finanziamenti, provenienti dai diversi settori coinvolti, su obiettivi ed ambiti tematici condivisi e delineati.

Le azioni per lo sviluppo del SSN sono orientate a

- ✓ rilanciare la prevenzione;
- ✓ azioni per il controllo dei determinanti ambientali;
- ✓ azioni per la salute e sicurezza nei luoghi di lavoro
- ✓ Sanità pubblica, veterinaria e benessere animale
- ✓ Sicurezza degli alimenti e nutrizione
- ✓ Health Impact assessment (*processi in grado di fornire elementi circa gli effetti sulla salute di scelte che non necessariamente riguardano interventi di tipo sanitario*)
- ✓ Centralità delle cure primarie e delle strutture territoriali
- ✓ Riorganizzazione medicina di laboratorio e diagnostica
- ✓ Reti ospedaliere – *piccoli ospedali, reti ospedaliere regionali, rete emergenza*
- ✓ Riabilitazione
- ✓ Valutazione nuove tecnologie
- ✓ Investimento strutturale e tecnologico

A livello Decentrato ciascuna Regione dal PSN sviluppa **un Piano Sanitario Regionale che tende a coniugare i principi e gli Obiettivi nazionali con la situazione e le politiche**

**locali** (definisce i modelli organizzativi dei servizi in funzione delle specifiche esigenze del territorio e delle risorse effettivamente a disposizione; ad esempio l'assetto delle Cure Primarie ha visto lo sviluppo nei PSR di indicazioni circa l'organizzazione dell'assistenza primaria medicina generale, assistenza domiciliare, assistenza consultoriale, integrazione tra cure primarie e assistenza ospedaliera, integrazione socio sanitaria.....).

In Emilia-Romagna, dal 2008, la programmazione in materia sanitaria e sociale è stata delineata in modo unitaria con un unico Piano Sociale e Sanitario Regionale, quale premessa di un sistema integrato di servizi in risposta a bisogni sempre più complessi.

**IL PIANO ATTUATIVO LOCALE/PIANO STRATEGICO** rappresenta lo strumento organizzativo con cui l'azienda elabora programmi ed interventi per il miglioramento della salute sul territorio di riferimento coerentemente con la programmazione Regionale. E' predisposto dall'Azienda sanitaria ed approvato dalle istituzioni che rappresentano la comunità.

## **5. LA TERZA RIFORMA DEL SSN (RIFORMA TER O BINDI) DLS 229/99**

Il processo riformatore del SSN non si è esaurito con la riforma dei decreti delegati 502 e 517. A sei anni di distanza, al dichiarato fine di correggere alcuni squilibri provocati dal processo di aziendalizzazione, di favorire l'uso ottimale delle risorse e di perseguire il modo più efficace di promozione della salute, il Governo ottiene dal Parlamento l'approvazione di una legge delega (cosiddetta delega Bindi) per la riorganizzazione del Servizio Sanitario Nazionale, per modificare l'assetto organizzativo dettato dalla seconda riforma che contiene oltre ai principi a cui si deve riferire la nuova riforma anche indicazioni per realizzare altri importanti provvedimenti:

- ✓ **Testo Unico delle leggi sanitarie**
- ✓ **Riordino della medicina penitenziaria**
- ✓ **Ridefinizione dei rapporti tra Università e SSN**

Con la L 30 novembre 1998, n.419 "Delega al Governo per la razionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale e per l'adozione di un testo unico in materia di organizzazione e funzionamento del Servizio Sanitario Nazionale modifiche al D.L.gs. 30 dicembre 1992, n. 502" si è avviata la terza riforma del Servizio Sanitario Nazionale.

- ✓ Il Servizio Sanitario Nazionale assicura, quindi, " attraverso risorse pubbliche e in coerenza con i principi e gli obiettivi indicati dagli art. 1 e 2 della L 23 dicembre 1978, n. 833, i livelli essenziali e uniformi di assistenza definiti dal Piano Sanitario Nazionale nel rispetto dei principi della dignità della persona umana, del bisogno di salute, dell'equità nell'accesso all'assistenza, della qualità delle cure e della loro appropriatezza riguardo alle specifiche esigenze nonché l'economicità nell'impiego delle risorse.
- ✓ Strumento essenziale per la politica sanitaria resta il Piano Sanitario Nazionale che stabilisce i livelli essenziali di assistenza che deve tenere conto delle compatibilità finanziarie stabilite dal Documento di programmazione economico-finanziaria.
- ✓ Le prestazioni sanitarie<sup>1</sup> comprese nei livelli essenziali di assistenza sono garantite dal Servizio Sanitario Nazionale a titolo gratuito o con partecipazione alla spesa (cosiddetto ticket), nelle forme e secondo le modalità previste dalla legislazione vigente.
- ✓ I livelli essenziali di assistenza comprendono le tipologie di assistenza, i servizi e le prestazioni relative alle aree di offerta individuate dal Piano Sanitario Nazionale.
- ✓ La Riforma Ter poi si preoccupa di garantire solo le prestazioni e i servizi che presentano "evidenze scientifiche di un significativo beneficio in termini di salute" a fronte delle risorse impiegate. E' il recepimento dell'orientamento internazionale della cosiddetta medicina basata sull'evidenza scientifica o evidence-based medicine.
- ✓ Il D.Lgs 229/99 prevede inoltre che organizzazione e funzionamento siano disciplinati con Atto aziendale, nel rispetto dei criteri stabiliti dalla regione.
- ✓ Ancora una volta non si mettono in discussione i principi ispiratori della prima riforma realizzata nel 1978, ma si orienta il sistema all'**APPROPRIATEZZA** delle prestazioni, un tentativo di fare la cosa giusta al momento giusto senza sprecare.

Ancora una volta non si mettono in discussione i principi ispiratori della prima riforma realizzata nel 1978. In particolare si vogliono realizzare le seguenti finalità:

- **Perseguire la piena realizzazione del diritto alla salute**
- **Regolare la collaborazione tra i soggetti pubblici e privati al fine del raggiungimento degli obiettivi di salute determinati dalla programmazione sanitaria**

<sup>1</sup> Le "prestazioni sanitarie", costituiscono l'insieme delle attività normalmente comprese tra le funzioni preventive, diagnostiche, curative e riabilitative svolte dagli esercenti le professioni sanitarie. [http://www.salute.gov.it/imgs/c\\_17\\_publicazioni\\_1172\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/c_17_publicazioni_1172_allegato.pdf) pag.3

- **Completare il processo di regionalizzazione e di aziendalizzazione**
- **Garantire la libera scelta del cittadino assistito nei confronti delle strutture e dei professionisti accreditati e con i quali il SSN intrattiene appositi rapporti**
- **Razionalizzare le strutture e le attività connesse, eliminando sprechi e disfunzioni anche attraverso l'elaborazione di linee guida che consentano di misurare e verificare l'appropriatezza delle prescrizioni e delle prestazioni garantendo l'equità distributiva**
- **Rafforzare il ruolo dei comuni nella partecipazione alla programmazione sanitaria e socio-sanitaria, nonché nella verifica dell'efficienza dei servizi compresa la valutazione dei risultati delle attività della AUSL e la partecipazione ai procedimenti di nomina e di revoca dei Direttori Generali**
- **Definizione di modalità e tempi per il perseguimento dell'integrazione dei Servizi Sanitari con quelli socio-assistenziali**
- **Definire un modello generale di accreditamento delle strutture sanitarie rispondente agli indirizzi del Piano Sanitario Nazionale**
- **Definire ai fini dell'accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche e private, standard minimi di strutture, attrezzature e personale che assicurino tutti i servizi necessari derivanti dalle funzioni richieste in seguito all'accreditamento**

Per la definizione organizzativa interna la riforma introduce un nuovo strumento giuridico l'**Atto Aziendale**; la riforma 229 afferma che l'organizzazione ed il funzionamento dell'Azienda sono disciplinati con atto aziendale, nel rispetto dei criteri stabiliti dalla regione. La Legge Regionale 11/2000 che ha seguito la riforma 229/99, afferma che l'atto aziendale è adottato in coerenza con apposite direttive della Giunta Regionale al fine di regolamentare in autonomia l'organizzazione ed il funzionamento dell'Azienda. **L'Atto Aziendale** è finalizzato a snellire regole e procedure di organizzazione e funzionamento nel rispetto degli indirizzi di programmazione nazionale e regionale. Gli elementi che devono essere descritti e contenuti nell'atto Aziendale sono:

- ✓ **Mission Vision e Valori Fondamentali**
- ✓ **Principi e criteri dell'attività Aziendale**
- ✓ **Gli Organi**
- ✓ **La Direzione Aziendale**
- ✓ **Gli Organismi Collegiali**
- ✓ **Modello Organizzativo e suo Funzionamento**
- ✓ **Incarichi Dirigenziali e Valutazione del Personale**
- ✓ **Programmazione e controllo interno**
- ✓ **Partecipazione dei Cittadini**

<b>D.Lgs.502/517 del 92 e 93</b>	<b>D.Lgs.229/ del 99</b>
	<b>Principi ispiratori:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ <b>Dignità della persona</b></li> <li>✓ <b>Soddisfazione del bisogno di salute</b></li> <li>✓ <b>Equità di accesso</b></li> <li>✓ <b>Appropriatezza rispetto alle esigenze</b></li> <li>✓ <b>Economicità nell'impiego delle risorse</b></li> </ul>
<b>Articolo 1</b> I livelli di assistenza con i necessari finanziamenti sono stabiliti con il PSN in coerenza con il finanziamento assicurato al SSN	Si individuano le prestazioni da assicurare al cittadino contestualmente alla determinazione delle risorse finanziarie a disposizione del SSN nel rispetto della DPEF <b>I livelli di assistenza costituiscono il sistema di garanzia per i cittadini ed elemento unificante del sistema.</b> <b>Il PSN è lo strumento di raccordo e di armonizzazione elaborato dal governo centrale con il consenso delle regioni</b>
Il governo esprime pareri sui PSR quando questi vengono emanati come Legge Regionale come per qualsiasi altra legge regionale	Il Ministero della sanità esprime pareri sugli schemi di piano sanitario regionale in relazione alla coerenza degli stessi con le scelte di politica sanitaria nazionale. In carenza di PSR si nomina un commissario per l'attuazione del PSN

<b>D.Lgs.502/517 del 92 e 93</b>	<b>D.Lgs.229/ del 99</b>
<b>Articolo 2</b> L'AUSL è Azienda dotata di personalità giuridica di tipo pubblico, autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile gestionale e tecnica	Le AUSL si costituiscono in Aziende con personalità giuridica e autonomia imprenditoriale. <b>L'organizzazione e il funzionamento vengono deliberati dal Direttore Generale con Atto Aziendale che è lo strumento attraverso il quale si individuano le strutture operative; si disciplinano le attribuzioni del direttore amministrativo, sanitario di presidio di dipartimento e dei dirigenti responsabili di struttura</b>
Non è previsto il collegio di Direzione	Viene Istituito il collegio di Direzione che dovrà coadiuvare il DG per il governo delle attività cliniche, la programmazione sanitaria, la formulazione di programmi di formazione per l'attuazione dell'attività intramuraria libero professionale
Non è prevista tale importante prerogativa	Il sindaco o la conferenza dei sindaci possono chiedere alla regione di recedere dal contratto con il Direttore Generale
Non risulta tale specifica	Si definiscono le prestazioni socio-sanitarie, con la distinzione tra prestazioni sanitarie a rilevanza sociale e le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria
<b>Articolo 6</b> Le Regioni direttamente stipulano con le università dei protocolli di intesa	Con decreti interministeriali si fissano ogni tre anni le linee guida per la stesura dei rapporti con le Università per l'individuazione delle strutture universitarie per lo svolgimento delle attività assistenziali e la formazione specialistica
<b>Articolo 12</b> La Dirigenza era collocata su due livelli, il primo con funzioni di supporto il secondo di direzione	La Dirigenza sanitaria viene collocata in un ruolo unico, con un'articolazione diversificata a seconda dei livelli di responsabilità <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Appena assunto</li> <li>✓ Con 5 anni di anzianità</li> <li>✓ Dirigente di struttura complessa</li> </ul> Il dirigente è sottoposto a verifica, gli incarichi hanno durata dai cinque ai sette anni, rinnovabili
Non vi è rapporto esclusivo	Il Rapporto dei dirigenti è esclusivo, con prerogativa di realizzare attività professionale in seno all'azienda
<b>Articolo 13</b> Non era prevista	Si prevede la formazione continua del personale per aggiornare le conoscenze professionali
<b>Articolo 14</b> Le regioni nella strutturazione della rete ospedaliera dovevano tenere presente il modello organizzativo dipartimentale	L'organizzazione dipartimentale costituisce il modello ordinario di gestione operativa di tutte le attività delle aziende sanitarie

### 5.1.LA LEGGE REGIONALE 29 DEL 2004

La legge regionale n. 29 del 2004, "Norme generali sull'organizzazione e il funzionamento del Servizio sanitario regionale", ribadisce i principi fondamentali del Servizio Sanitario Nazionale e ridisegna l'organizzazione e funzionamento in un'ottica federalista, sulla base delle nuove competenze assegnate alle Regioni dalla riforma del titolo V della Costituzione. Confermando dunque i principi di universalismo, equità e gratuità del Servizio sanitario, la legge rafforza le competenze degli Enti locali in materia di programmazione, verifica e controllo, la partecipazione degli operatori sanitari al governo aziendale e il rapporto della Regione con l'Università nel campo dell'assistenza, della ricerca e della didattica.

La Riorganizzazione Aziendale dà maggiore risalto al ruolo politico nell'istituzione. La responsabilità gestionale è in capo al dipartimento e quella strategica in capo all'Azienda. Viene ridefinito il ruolo del Distretto che non eroga solo prestazioni a livello primario ma ha maggiore responsabilità nella risposta ai bisogni di salute della comunità, attraverso la negoziazione con i dipartimenti e con gli Enti Locali.

### 5.2.DIRETTIVE E DELIBERE A COMPLETAMENTO DELLA LEGGE 29 DEL 2004

Numerose direttive e delibere sono seguite, a completamento del disegno prefigurato dalla legge regionale 29/2004, con particolare riguardo agli assetti organizzativi. La LR n.29/2004 "Norme generali sull'organizzazione ed il funzionamento del Servizio Sanitario Regionale", nasce da un lungo processo di riorganizzazione del sistema sanitario regionale e pone al centro del governo territoriale il Distretto, attribuendogli due specifiche funzioni: da un lato la committenza<sup>2</sup> a garanzia dell'accesso dei cittadini, dall'altro l'integrazione tra servizi sociali e sanitari e tra servizi sanitari, definendo le relazioni fra Distretto ed Enti Locali. Le funzioni affidate dalla LR 29 al Distretto, sono riconducibili a quella più generale di governo, sia dei servizi sanitari, sia di quelli socio-sanitari e alla loro integrazione.

La Delibera di Giunta regionale n. 86/2006 "Direttiva alle Aziende Sanitarie per l'adozione dell'atto aziendale", di cui all'art. 3, comma 4 della L.R. n. 29/2004" fornisce indicazioni in ordine alla struttura ed al funzionamento delle Aziende Sanitarie, e ribadisce la distinzione tra responsabilità di governo aziendale, attribuite ai Direttori di Distretto, e responsabilità di gestione della produzione sanitaria, attribuite ai Direttori dei Dipartimenti.

La stessa delibera individua il **Nucleo delle Cure Primarie** come modello organizzativo di base per l'assistenza della Medicina Generale, come strumento per aumentare l'accessibilità alle cure, favorire l'integrazione interprofessionale, migliorare i livelli di appropriatezza organizzativa e clinica, e specifica che ulteriori indicazioni per definire le relazioni del distretto con i dipartimenti saranno emanate negli indirizzi specifici per i dipartimenti ospedalieri, i dipartimenti delle cure primarie, di sanità pubblica e di salute mentale.

**Le CURE PRIMARIE** costituiscono la forma di assistenza sanitaria più vicina ai luoghi di vita delle persone e la naturale porta di accesso al sistema. Questo modello organizzativo è fondamentale per la gestione delle persone fragili e/o con malattie croniche: pone al centro del sistema la persona, la famiglia ed eventuali caregivers esterni alla famiglia, garantendo percorsi assistenziali complessi. Rappresenta la base strutturale della "medicina di iniziativa" (*promuove la prevenzione, risposta ad un bisogno mai espresso → persone sane*) che si auspica possa superare la tradizionale "medicina d'attesa" (*aspetta la malattia, risposta ad un bisogno espresso dal paziente, esempio: mal di gola*), divenuta ormai non adeguata alla gestione delle persone fragili o con pluripatologie.

All'interno dei percorsi assistenziali, che caratterizzano le cure primarie e che si distinguono per la forte integrazione multiprofessionale, la regione ha poi sviluppato con successive direttive l'organizzazione delle **CASE della SALUTE** che rappresenta una strategia di intervento proattiva per la gestione della cronicità, con forme di assistenza di diversi livelli di intensità. Possono essere collocati, all'interno delle Case della Salute, gli **OSPEDALI di COMUNITA' (OsCo)**, strutture di ricovero sanitario non ospedaliero presenti sul territorio del Distretto, finalizzati ad ottenere specifici obiettivi sanitari, attraverso modelli assistenziali intermedi tra assistenza domiciliare e ospedalizzazione. La proposta di ricovero presso l'OsCo può venire dal MMG oppure dallo specialista ospedaliero, previa informazione al MMG. La durata media di degenza non deve superare le 6 settimane ed il modello organizzativo è improntato sulla gestione infermieristica. L'assistenza medica può essere

<sup>2</sup> quale momento nel quale si valutano i bisogni, si allocano le risorse e si definiscono le caratteristiche qualitative e quantitative dei servizi necessari a soddisfare i bisogni assistenziali della popolazione di riferimento.



garantita dai MMG del nucleo di cure primarie o da altri MMG delegati, integrata dalla guardia medica notturna e festiva.

I **Dipartimenti**, nella delibera sopra indicata, vengono definiti “..la struttura organizzativa fondamentale delle aziende con l’obiettivo di garantire la globalità degli interventi preventivi ed assistenziali e la continuità dell’assistenza...”.<sup>3</sup> Il Dipartimento costituisce l’ambito privilegiato nel quale poter contestualizzare le attività di Governo clinico nelle sue principali estensioni ovvero la misurazione degli esiti, la gestione del rischio clinico, l’adozione di linee-guida e protocolli diagnostico-terapeutici, la formazione continua, il coinvolgimento del paziente e l’informazione corretta e trasparente.<sup>4</sup>

Per **Governo Clinico** si intende un approccio integrato per l'ammodernamento del SSN, che pone al centro della programmazione e gestione dei servizi sanitari i bisogni dei cittadini, valorizza il ruolo degli operatori e promuove la qualità.

Per assicurare la qualità e la sicurezza delle prestazioni, i migliori risultati possibili in salute e l’uso efficiente delle risorse, vengono impiegate metodologie e strumenti quali le linee guida ed i profili di assistenza basati su prove di efficacia, la gestione del rischio clinico, sistemi informativi costruiti a partire dalla cartella clinica integrata informatizzata, la valorizzazione del personale e la relativa formazione, la integrazione disciplinare e multiprofessionale.

Il Governo clinico rappresenta dunque un importante elemento che può contribuire ad integrare una serie di elementi, quali:

- ✓ l’esigenza di assicurare omogeneità, per qualità e quantità, nonché per requisiti minimi di sicurezza e garanzie di efficacia, alle prestazioni erogate su tutto il territorio nazionale;
- ✓ la necessità di passare speditamente a percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali costruiti sulla appropriatezza e sulla centralità del paziente;
- ✓ il dovere di procedere con rapidità all’innalzamento dei livelli di sicurezza delle prestazioni attraverso la introduzione di tecnologie di prevenzione del rischio di malpractice;
- ✓ l’urgenza di cominciare a costruire il secondo pilastro della sanità pubblica, quello della medicina del territorio, a partire dalla riorganizzazione e promozione delle cure primarie e della integrazione socio-sanitaria, con particolare riferimento alla presa in carico e alla continuità della assistenza nell’arco delle 24 ore e sette giorni su sette;
- ✓ l’opportunità di aprire il sistema, nella sua interezza, alla cultura della valutazione, puntando con decisione sulla utilizzazione di indicatori di esito e valutazione in termini di obiettivi di salute conseguiti, più che di mera sommatoria di prestazioni erogate;
- ✓ l’esigenza di aumentare la trasparenza del sistema, a cominciare dalla rivalutazione del merito professionale, e dalla ridefinizione delle norme sul reclutamento della dirigenza e sulla progressione delle carriere. Si tratta di una condizione imprescindibile per assicurare alla sanità pubblica le migliori competenze, rilanciare le politiche del personale, incidere sul rapporto perverso tra sanità e cattiva politica, ridare fiducia ai cittadini;
- ✓ l’urgenza di dare effettività alla tanto declamata centralità del paziente, nella consapevolezza che il sistema è chiamato ad un impegno che va là di là della corretta informazione nei suoi confronti.

Molti sono gli strumenti con cui si realizza un approccio all’assistenza per Governo Clinico. Un aspetto di particolare importanza è rappresentato dalla **gestione del rischio clinico** in sanità (clinical risk management), ovvero l’insieme di varie azioni messe in atto per migliorare la qualità delle prestazioni sanitarie e garantire la sicurezza dei pazienti, sicurezza, tra l’altro, basata sull’apprendere dall’errore.

[http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2\\_6.jsp?lingua=italiano&id=233&area=qualita&menu=qualita](http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=233&area=qualita&menu=qualita)

<sup>3</sup> Dgr 2011/2007

<sup>4</sup> [http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2\\_6.jsp?lingua=italiano&id=233&area=qualita&menu=qualita](http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=233&area=qualita&menu=qualita)



## 6. ATTUALE ORGANIZZAZIONE DEL SSN

Il Sistema Sanitario Nazionale così come è strutturato dalle norme oggi, può essere rappresentato su tre macro-livelli di organizzazione: un Livello Centrale, uno Decentrato, uno Territoriale.

### 6.1.LIVELLO CENTRALE

E' rappresentato dall'organizzazione in capo all'organo di governo che sovrintende al Sistema Sanitario Nazionale e cioè il Ministero della Salute; è l'organo centrale del Sistema preposto alla funzione di indirizzo e programmazione sanitaria, alla definizione degli obiettivi da raggiungere per il miglioramento dello stato di salute della popolazione e alla determinazione dei livelli essenziali di assistenza da assicurare a tutti i cittadini in condizioni di uniformità sull'intero territorio nazionale.

Due sono gli strumenti importanti che predispone per il governo del Sistema:

- ✓ **il Piano Sanitario Nazionale strumento di programmazione sanitaria che ha validità normalmente triennale**
- ✓ **il Fondo Sanitario Nazionale, il fondo di risorse economiche necessario a gestire tutto il sistema.**

**Il Ministero** è coadiuvato nelle sue funzioni da organi e istituti con funzioni di ricerca, consulenza, proposta e supporto in materia tecnica e scientifica:

- ✓ **Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali:** svolge funzioni di supporto delle attività regionali, di valutazione comparativa dei costi e rendimenti dei servizi resi ai cittadini e di segnalazione di disfunzioni e sprechi nella gestione delle risorse personali e materiali e nelle forniture, di trasferimento dell'innovazione e delle sperimentazioni in materia sanitaria.
- ✓ **Consiglio Superiore di Sanità (CSS):** è organo tecnico-consultivo del Ministro della Sanità (esprime pareri e proposte in merito alla tutela e miglioramento delle condizioni di salute della popolazione).
- ✓ **Istituto Superiore di Sanità (ISS):** è organo tecnico-scientifico del Servizio sanitario nazionale e svolge funzioni di ricerca, sperimentazione, controllo e formazione per quanto concerne la salute pubblica.
- ✓ **Istituto Superiore per la Prevenzione E Sicurezza del Lavoro (ISPESL):** è organo tecnico scientifico del Servizio Sanitario Nazionale e svolge funzioni di informazione, documentazione, ricerca e sperimentazione in materia di tutela della salute e della sicurezza e benessere nei luoghi di lavoro.
- ✓ **Istituti Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS):** enti nazionali autonomi che perseguono finalità di ricerca nel campo biomedico ed in quello della organizzazione e gestione dei servizi sanitari insieme con prestazioni di ricovero e cura.

### 6.2.IL LIVELLO DECENTRATO

E' rappresentato dagli enti autarchici periferici dello stato le **Regioni e le Province**; questi enti organizzano sul proprio territorio i servizi e le attività destinate alla tutela della salute, programmano gli interventi da compiere, coordinano l'azione delle **Aziende Sanitarie delegate all'erogazione delle prestazioni sanitarie e ne verificano l'operato.**

Il potere organizzativo in capo a tali enti autarchici dello stato discende sia dalle norme in materia di Welfare che si sono succedute nel tempo, ma in particolare dalla riforma del Titolo V della costituzione con la legge costituzionale del 2001

La Regione è coadiuvata nelle sue funzioni:

- ✓ da un organo politico L'Assessorato per le Politiche Sociali e della Salute
- ✓ da un organo tecnico la Direzione Generale per politiche sociali e sanitarie
- ✓ da un organo tecnico di supporto l'Agenzia Sanitaria Regionale.

In termini di programmazione la Regione predispone:

**il Piano Sanitario Regionale** strumento di programmazione delle attività sanitarie sul proprio territorio regionale

il finanziamento da consegnare alle Aziende sanitarie con la costituzione del **Fondo Sanitario Regionale** che è formato dalle risorse che provengono dalla ripartizione del fondo sanitario nazionale alle regioni e dalle risorse regionali aggiuntive che ciascuna regione possiede.

### 6.3.IL LIVELLO TERRITORIALE

Le **Aziende Sanitarie** rappresentano il livello territoriale del Servizio Sanitario Nazionale e regionale. Queste provvedono ad assicurare ed ad erogare le prestazioni sanitarie previste

dai livelli essenziali di assistenza attraverso propri servizi o acquistando prestazioni presso altre strutture pubbliche o strutture private accreditate.

Le Aziende Sanitarie sono enti con personalità giuridica di tipo pubblico dotati di autonomia giuridica, patrimoniale, economica gestionale ed organizzativa. Le Aziende Sanitarie sono strutture che appartengono alla Pubblica Amministrazione; sul territorio ne sono presenti diverse tipologie:

- ✓ **L'Azienda Unità Sanitaria Locale (AUSL)** è un'azienda sanitaria che fa riferimento ad uno specifico ambito territoriale ed assicura i livelli essenziali di assistenza previsti dal SSN principalmente alla popolazione che afferisce a quel territorio; per definizione deve garantire tutti i livelli essenziali di assistenza erogandoli direttamente alla popolazione di riferimento, piuttosto che acquisendoli da altre strutture pubbliche o private accreditate. L'azienda territoriale AUSL è finanziata con un meccanismo di quota capitaria sulla popolazione di riferimento
- ✓ **L'Azienda Ospedaliera/Universitaria (AO - AOUN)** è un'azienda sanitaria che è costituita prevalentemente da un Ospedale che eroga servizi di **alta specialità** e che al suo interno **ospita le attività di formazione e ricerca universitaria della Facoltà di Medicina e Chirurgia** per realizzare i corsi di formazione di base e post-base per le professioni sanitarie mediche e non mediche; l'azienda ospedaliera fa riferimento ad un bacino di utenza più ampio del territorio cui afferisce, eroga prestazioni per tutta la popolazione del paese. L'azienda ospedaliera è finanziata con meccanismi tariffari
- ✓ **L'Istituto di Ricerca e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS)** è un'azienda sanitaria che oltre ad erogare prestazioni sanitarie di carattere specialistico in genere a regime di ricovero ospedaliero, svolge come sua missione anche attività di ricerca nel settore;
- ✓ Sono presenti poi sul territorio **Strutture Sanitarie Private** che possono erogare prestazioni per conto del Sistema Sanitario Nazionale, a condizione che siano **Accreditate** cioè siano in possesso di requisiti di qualità ulteriori ai requisiti autorizzativi, che forniscano al cittadino garanzia sull'appropriatezza delle prestazioni sanitarie erogate, in analogia al sistema pubblico.

#### **6.4.1 LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA**

Le Aziende Sanitarie devono garantire l'erogazione dei **Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)** che dal novembre 2001 con specifico atto del governo sono stati individuati:

- ✓ il **livello essenziale di attività preventive**; rappresentano tutte le prestazioni orientate alla realizzazione di piani per la promozione della salute (sicurezza negli ambienti di vita e di lavoro, medicina veterinaria, controllo sugli alimenti, attività vaccinale). **IL DIPARTIMENTO DI SANITA' PUBBLICA** è l'organizzazione aziendale che ha la responsabilità di erogare tale LEA. Nella Regione Emilia Romagna tale livello essenziale è stato collocato all'interno dell'organizzazione del Distretto assieme agli altri due dipartimenti quello delle CURE PRIMARIE e quello della SALUTE MENTALE-DIPENDENZE PATOLOGICHE
- ✓ il **livello essenziale di cure primarie è garantito dall'organizzazione del DISTRETTO**. Si configura come sede dove l'erogazione di prestazioni preventive, curative e riabilitative avviene in maniera unitaria. La Regione Emilia Romagna ha definito che alla erogazione dei LEA territoriali di assistenza primaria ci sono 2 Dipartimenti il Dipartimento di Cure Primarie ed il Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche; il Distretto ha perso la funzione di sede di erogazione delle prestazioni acquisendo maggiormente una funzione di coordinamento e gestione della committenza, piuttosto che coordinamento e gestione dell'Area Socio-Sanitaria
- ✓ il **livello essenziale di cure specialistiche ospedaliere è garantito dal PRESIDIO OSPEDALIERO**, che ha sedi stabilmente organizzate e dotate delle necessarie attrezzature per l'erogazione delle cure mediche e chirurgiche, generali e specialistiche, in fase acuta e post-acuta, in regime di ricovero ospedaliero normale o diurno, ovvero in regime ambulatoriale, o di Day Service, cure erogate nei confronti di paziente che per la gravità o complessità della malattia non possono trovare un'adeguata risposta in ambito territoriale.

La Regione Emilia-Romagna ha assicurato la copertura a carico del Servizio Sanitario di servizi e prestazioni aggiuntive, rispetto a quelli indicati dal Governo come ad esempio **assegni di cura per assistenza a domicilio di anziani e disabili non autosufficienti, terapie riabilitative per bambini con disabilità, certificazioni di idoneità per minori**

**di 18 anni e per persone disabili di ogni età alla pratica sportiva agonistica** (per l'attività sportiva non agonistica visite e certificazioni sono gratuite per le persone disabili di ogni età e per i minori a partire dai 5 anni, con l'eccezione delle discipline del nuoto, del pattinaggio e della ginnastica, per le quali sono gratuite fin dai 4 anni).

L'effettiva garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza è determinata anche dai tempi di attesa. Il riferimento è in particolare ai tempi per i ricoveri programmati e ai tempi di attesa per le visite e gli esami specialistici ambulatoriali programmabili. Per i ricoveri programmati (vale a dire quelli che non avvengono attraverso il pronto soccorso), uno specifico accordo tra lo Stato e le Regioni ha fissato specifici obiettivi relativamente alla percentuale di interventi da eseguire entro un determinato lasso di tempo dalla prenotazione.

## 6.5.ASSETTO ORGANIZZATIVO DELL'AZIENDA SANITARIA

### Elementi di definizione di un'organizzazione Aziendale

L'organizzazione Sanitaria, come tutte le organizzazioni può essere rappresentata con dei modelli teorici di riferimento in letteratura; secondo il modello teorico di Mintzenberg nell'azienda sanitaria si possono individuare diversi livelli organizzativi da un punto strutturale tra cui ricordiamo un Vertice strategico, delle Tecno strutture, degli staff di Supporto, una linea gerarchica intermedia, un nucleo operativo:



Fonte: Adattamento da Mintzberg

### Il Nucleo operativo

E' elemento fondamentale di una Azienda Sanitaria. Comprende gli operatori che svolgono l'attività legata alla produzione ed ottenimento di prodotti e servizi.

Il Nucleo Operativo si occupa principalmente di:

- Trasformazione degli input in output
- Distribuzione degli output

Secondo criteri di standardizzazione:

- *di processo* = vengono specificati e programmati i contenuti del lavoro
- *dell'output* = vengono programmati e specificati i risultati del lavoro (es. specifiche sul prodotto, standard di performance)

*dell'input / delle capacità* = attraverso la clinical competence vengono interiorizzati programmi di lavoro e competenze

Secondo altri modelli teorici l'organizzazione di un'Azienda Sanitaria può essere caratterizzata e descritta secondo alcune variabili:

#### 1. Struttura organizzativa formale:

è il complesso degli elementi formalmente definiti dell'organizzazione e delle loro interrelazioni interne; definisce i processi organizzativi e le relative responsabilità e influenza ed è influenzata dalla cultura organizzativa;

#### 2. Struttura informale di relazioni:

è l'insieme delle relazioni interne informali effettivamente operanti nell'ambito di un'organizzazione, dei suoi processi e degli stili di *leadership* che caratterizzano ciascuna azienda sanitaria; può essere più o meno simmetricamente speculare alla struttura formale e influenza fortemente il clima organizzativo;

### **3. Strumenti e Processi**

è il complesso dinamico di attività e meccanismi di varia natura (decisionali, programmatori, operativi, valutativi, gestionali, ecc.) mediante i quali l'organizzazione funziona ordinariamente; sono definiti dalla struttura organizzativa formale e influenzano e sono influenzati dalla cultura organizzativa;

### **4. Cultura organizzativa:**

è il patrimonio di saperi e di modelli di comportamento consolidati che caratterizzano una determinata organizzazione, sia di tipo formale (*mission, vision, norme*) che informale (orientamenti di valore individuale, norme implicite, comportamenti effettivi); influenza ed è influenzata dalla struttura organizzativa (sia formale che informale), dai processi e dal clima organizzativo, costituendo pertanto il fulcro del funzionamento dell'organizzazione stessa e dei suoi risultati; il **Clima organizzativo rappresenta** il complesso di atteggiamenti e di percezioni soggettive che caratterizza una determinata organizzazione favorendo o ostacolando la realizzazione della sua *mission*; è definita dalla struttura informale di relazioni interne e influenza ed è influenzata dalla cultura organizzativa.

**L'Assetto organizzativo e le modalità di funzionamento** delle Aziende sanitarie **sono definite con Atto Aziendale** (documento di scrittura privata che ha valore giuridico di regolamento interno aziendale) adottato dal Direttore Generale.

Le Aziende Unità Sanitarie Locali in ragione dei livelli essenziali di assistenza individuati hanno, di norma, dimensione provinciale.

Nella Regione Emilia Romagna le Ausl territoriali sono 11;

le Aziende Ospedaliere sono 5: l'Azienda ospedaliera di Reggio Emilia e le Aziende ospedaliero-universitarie di Bologna, di Ferrara, di Modena e di Parma. Sono parte del Servizio sanitario regionale anche gli Istituti Ortopedici Rizzoli di Bologna come IRCCS; sono IRCCS anche l'Ospedale di Meldola, l'Istituto per le Neuroscienze dell'Ospedale Bellaria.

Le Aziende Sanitarie sono costituite dai organi e strutture:

**Gli Organi Istituzionali di rappresentanza giuridica, di programmazione e controllo sono:**

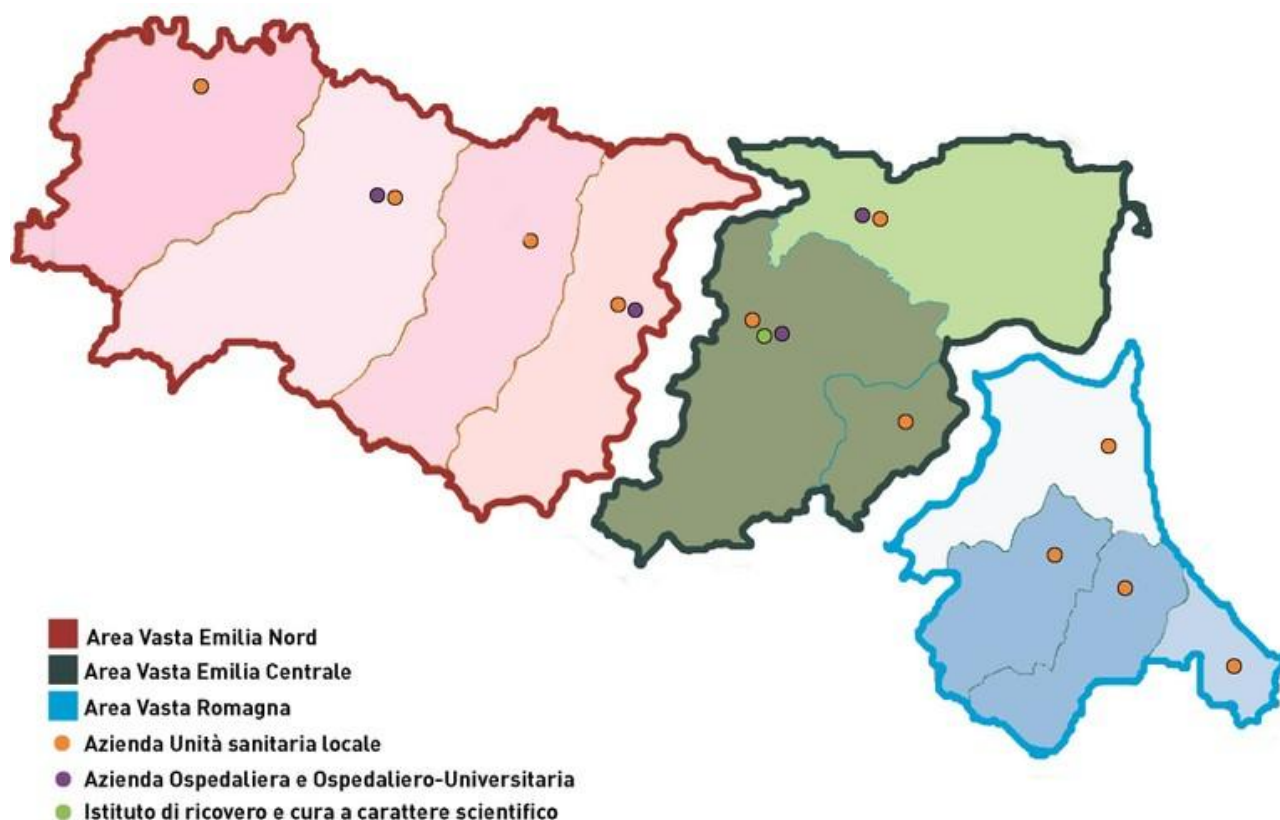
- ✓ **La Direzione Generale** (organo definito dalla norma)
- ✓ **Il Collegio dei Revisori dei Sindaci** (organo definito dalla norma)
- ✓ **Il Collegio di Direzione** (organo definito dalla norma)

**Gli Organi deputati alla produzione sanitaria organizzati in Dipartimenti** (individuati con Atto Aziendale) sono:

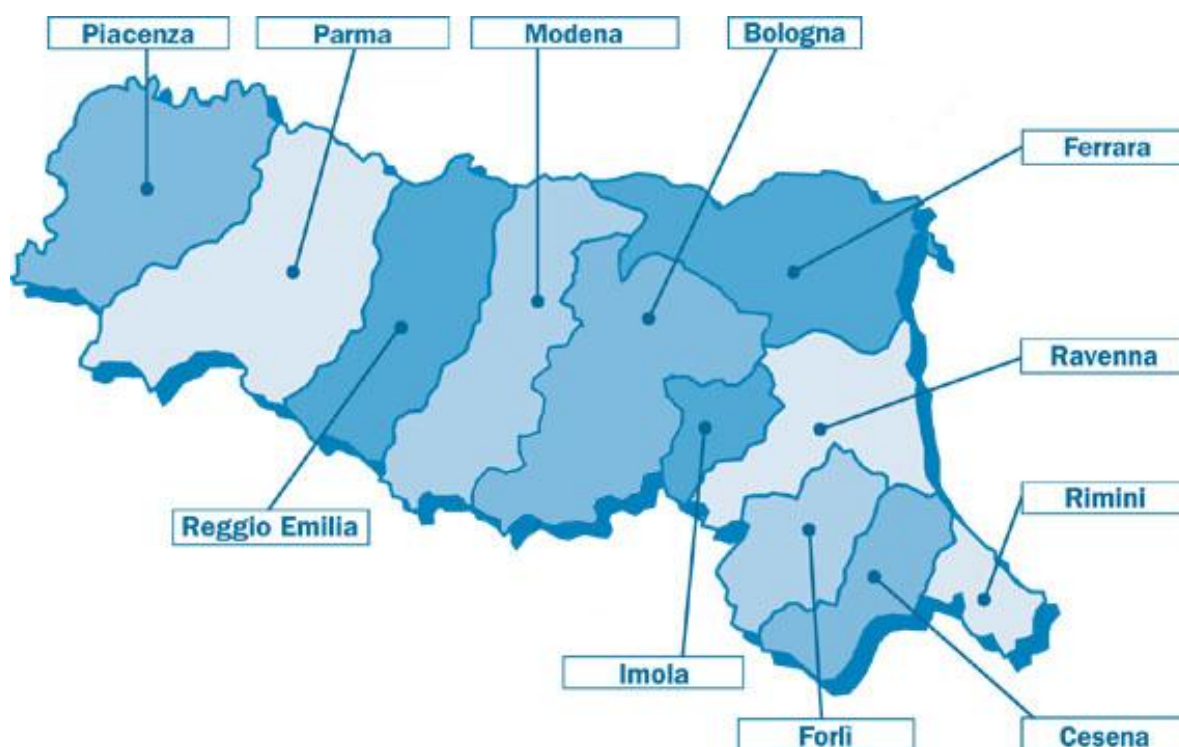
- ✓ **Dipartimenti Ospedalieri** (definiti con atto aziendale dal Direttore Generale in ragione di criteri omogenei di accorpamento di cui alla descrizione nei punti successivi)
- ✓ **Dipartimenti Territoriali** (sul territorio della Regione Emilia Romagna sono tre: Dipartimento di Sanità Pubblica, Dipartimento di Cure Primarie, Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze patologiche)
- ✓ Per orientare la produzione sanitaria ai bisogni di salute della popolazione è presente una funzione di governo aziendale che si interfaccia con le istanze della comunità in capo al **Distretto** (articolazione territoriale del governo aziendale, luogo della formulazione dei piani di committenza che esprimono il fabbisogno di assistenza della popolazione di riferimento, punto privilegiato delle relazioni tra Azienda Usl ed Enti locali),
- ✓ A coadiuvare i Dipartimenti nelle attività di erogazione delle prestazioni sanitarie sono presenti Direzioni Tecniche per specifiche aree di competenza:
  - ✓ **La Direzione Medica di Presidio Ospedaliero,**
  - ✓ **La Direzione Infermieristica e Tecnica,**
  - ✓ **La Direzione Farmaceutica**
- ✓ L'attività di Assistenza Specialistica Ambulatoriale è gestita da ogni Dipartimento con il coordinamento di un responsabile aziendale.
- ✓ A supportare l'erogazione delle attività sanitarie permettendo il funzionamento delle strutture, delle tecnologie, e il rifornimento di materiale e risorse è presente una **struttura Dipartimentale Amministrativa e Tecnica di supporto DAT**

Le Aziende Ospedaliere, le Aziende Ospedaliero-Universitarie, gli IRCCS (Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico) sono provvisti degli stessi organi di rappresentanza giuridica di programmazione e controllo, mentre la produzione sanitaria è erogata dai Dipartimenti Ospedalieri individuati con Atto Aziendale.

### Le Aziende Sanitarie nella RER al 31 Dicembre 2016

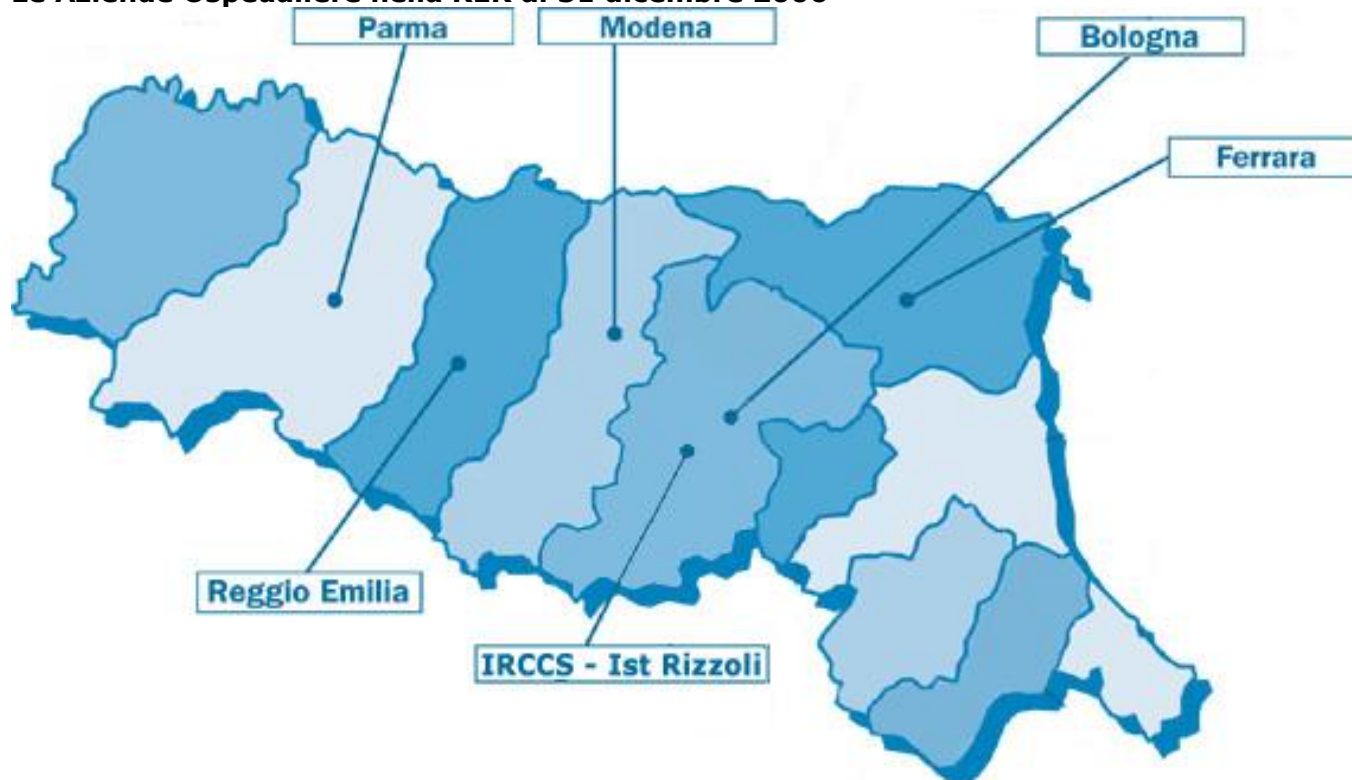


### Le Aziende Usl nella RER al 31 dicembre 2006

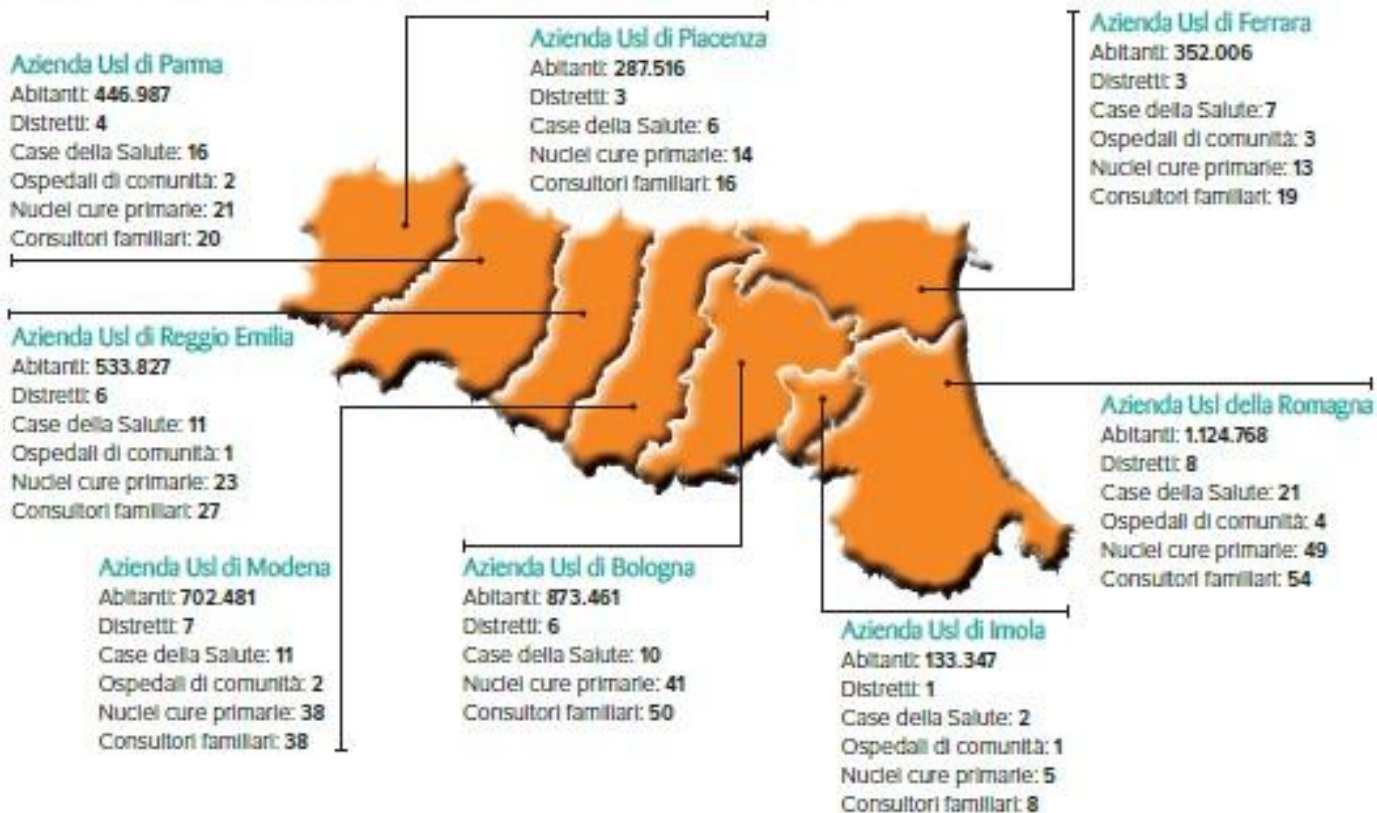




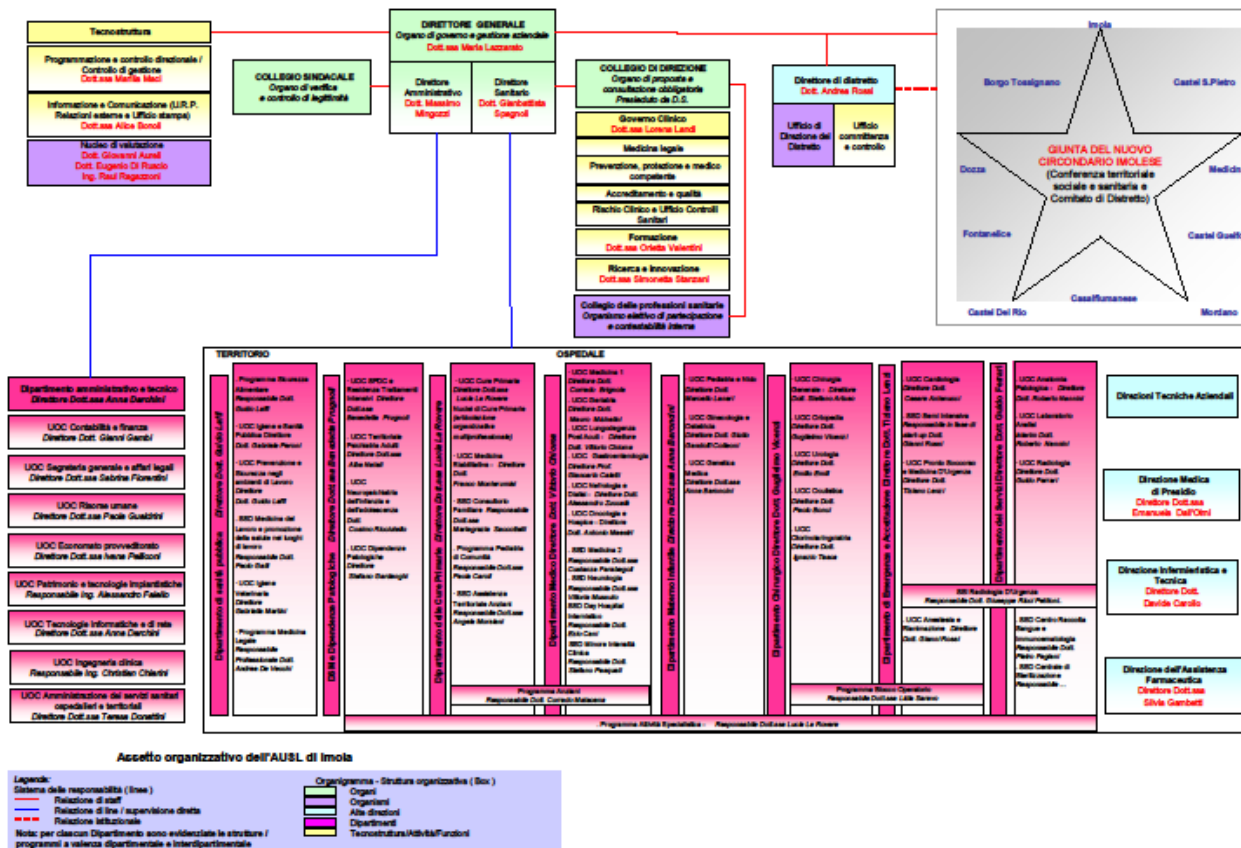
## Le Aziende Ospedaliere nella RER al 31 dicembre 2006



## Organizzazione dei Distretti territoriali in Emilia-Romagna – Anno 2016



**Assetto organizzativo AUSL di Imola (delibera n. 4 del 14/01/2009 “Regolamento attuativo”)**





## 6.1.AZIENDA UNICA DELLA ROMAGNA

Il primo gennaio 2014 nasce l'Azienda Unità Sanitaria Locale della Romagna (A.Usl della Romagna). Riunisce le strutture e i servizi delle Aziende USL di Cesena, Forlì, Ravenna e Rimini, che da tale data hanno cessato di esistere.

L'A.Usl della Romagna, creata da una legge istitutiva, la Legge Regionale 22 del 2013, è la quinta azienda sanitaria italiana per popolazione residente e tra le prime per superficie territoriale e numero di ospedali. Il territorio di riferimento, di 5.098 chilometri quadrati, ha infatti una popolazione di 1.124.896 persone residenti (1.106.375 gli assistiti).

Con 3.355 posti letto nel sistema pubblico (che salgono a 4.895 con il privato accreditato), la nuova Azienda dispone di 15 ospedali pubblici, cui si aggiunge l'Istituto Scientifico Romagnolo per lo studio e la cura dei tumori di Meldola, e 14 case di cura private accreditate totali.

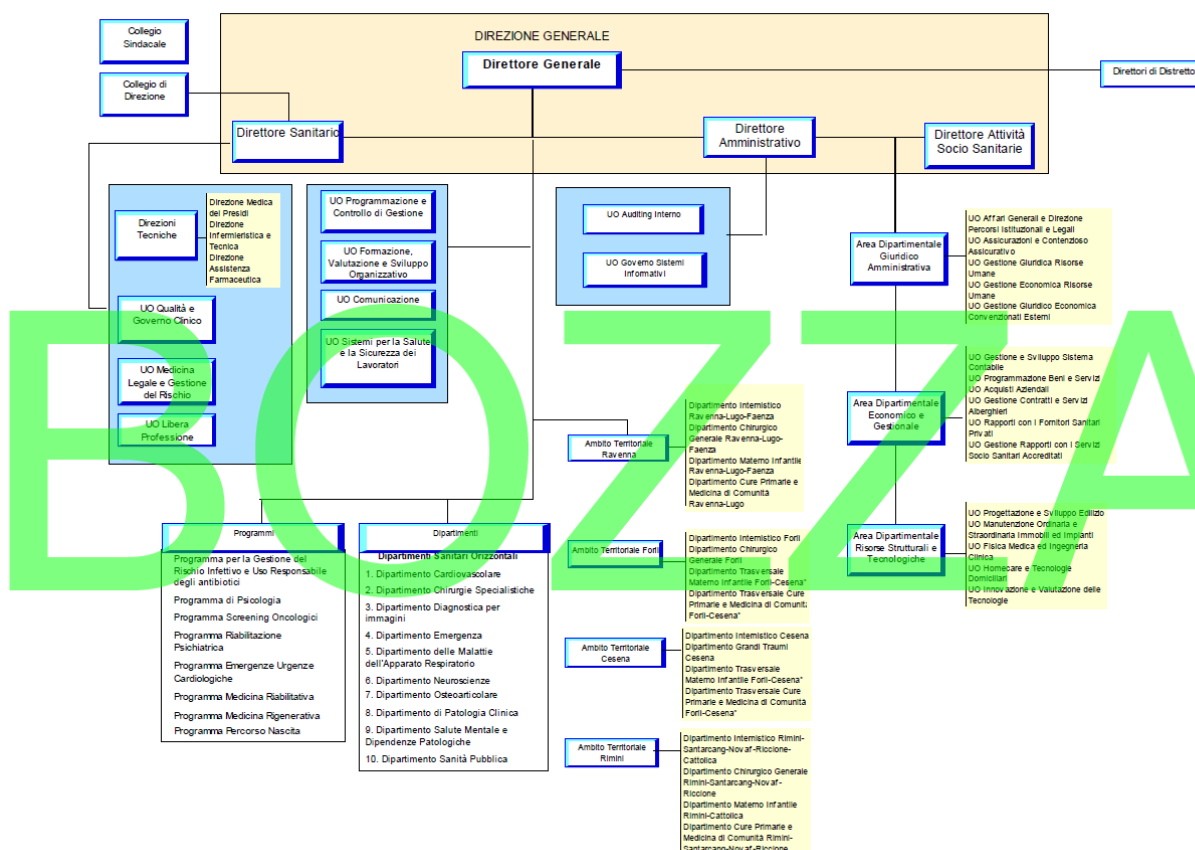
I dipendenti sono 14.789 mentre i professionisti convenzionati con l'Azienda unica, medici di medicina generale e pediatri di libera scelta, sono rispettivamente 796 e 158.

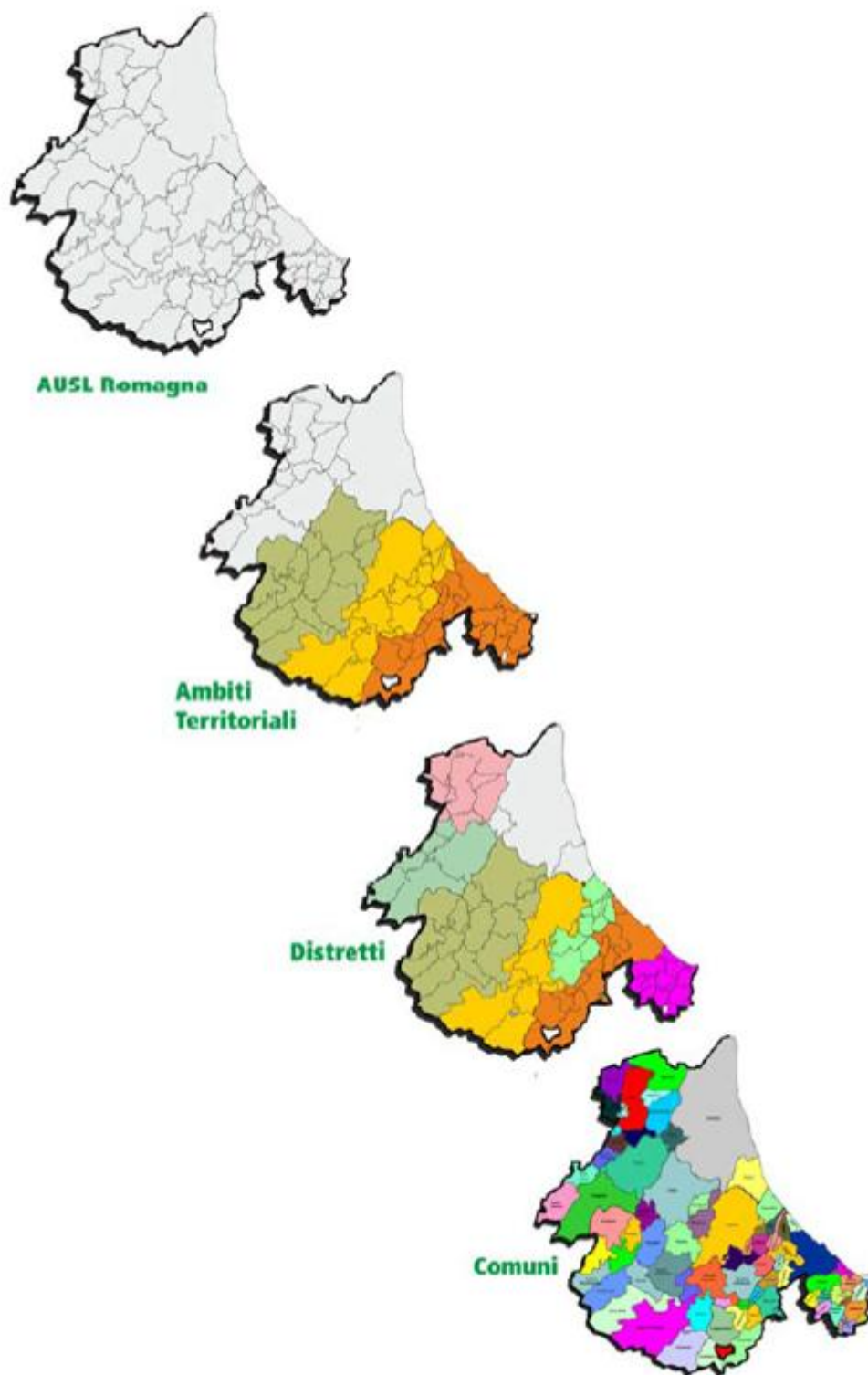
Per quanto riguarda il finanziamento regionale, il volume complessivo delle quattro Aziende sanitarie romagnole per il 2013 si è attestato a 1,725 miliardi di euro su un totale di 6,883 miliardi di euro relativo a tutte le Ausl dell'Emilia-Romagna.

L'obiettivo alla base dell'istituzione dell'A.Usl della Romagna, non è basato sul risparmio di risorse, bensì sulla loro massima valorizzazione e quindi ottimizzazione d'utilizzo, continuando ad erogare elevati livelli di assistenza, attraverso un progetto di innovazione, sviluppo e crescita.

Con una delibera approvata dalla Giunta Regionale, è il Direttore Generale dell'Azienda Usl della Romagna (per gli obiettivi di mandato collegarsi al sito regionale Saluter, [www.saluter.it](http://www.saluter.it)).

### Organigramma Ausl Romagna





## 7. L'ORGANIZZAZIONE DIPARTIMENTALE

I Dipartimenti Sanitari sono le strutture organizzative deputate all'erogazione dei servizi e delle prestazioni previste dai livelli essenziali di assistenza; a loro volta sono organizzati in Unità operative/Servizi, deputati a garantire globalità dell'assistenza, e assicurare il governo clinico.

**Il Dipartimento è un'entità organizzativa di base che aggrega una pluralità di discipline e di funzioni assistenziali tra loro affini e complementari.**

E' costituito da una pluralità di unità operative e moduli organizzativi (o unità organizzative), raggruppate in base all'affinità dell'assistenza erogata (Dipartimenti di specialità o di area assistenziale omogenea) o alla interdipendenza dell'assistenza da erogare a definiti target (di popolazione, di patologia, di apparato o organo).

L'organizzazione in Dipartimenti ha lo scopo di garantire risposte unitarie e complete ai problemi di salute dei cittadini, mediante un approccio interdisciplinare che consente una maggiore continuità del percorso assistenziale, un uso integrato delle risorse umane, professionali, strumentali ed economiche.

Il Dlgs 229/99 ribadisce che il **Modello organizzativo del Dipartimento** deve costituire il modello ordinario di gestione operativa di tutte le attività delle aziende sanitarie

Il Dipartimento è un'entità organizzativa di base che **aggrega una pluralità di discipline e funzioni** assistenziali, tra loro **affini o complementari**, ne assicura la gestione unitaria al fine di **integrare le competenze** presenti, **ottimizzando** la *qualità dell'assistenza e l'utilizzo delle risorse* complessivamente assegnate

**Le Attribuzione del Dipartimento sono quelle di:**

- ✓ favorire l'interdisciplinarietà intra-inter dipartimentale mediante la **promozione del reciproco scambio di competenze, piani di attività, gestione risorse**
- ✓ favorire il collegamento extra ospedaliero
- ✓ sviluppo e coordinamento attività didattica, formazione, aggiornamento
- ✓ individuare e proporre nuove attività/i modelli di assistenza
- ✓ valutare la qualità
- ✓ programmare iniziative di ricerca, educazione, informazione sanitaria
- ✓ **Il Dipartimento può essere:**
- ✓ **di tipo strutturale:** ha autonomia gestionale ed economica
- ✓ **di tipo funzionale:** non c'è giurisdizione sulle specifiche risorse ma coordinazione, integrazione appropriatezza e qualità

**Il Dipartimento è costituito da :**

- ✓ **Unità Operativa:** articolazione settoriale del dipartimento, per discipline/funzioni che possono comprendere diversi livelli assistenziali (degenza ordinaria, DH, ambulatori)
- ✓ **Modulo Organizzativo dell'Unità Operativa:** compartimentazione di un'U.O. con spazi operativi ben delimitati a cui è attribuita la responsabilità della produzione di quel settore, delle risorse umane e strumentali che si utilizzano.
- ✓ **Struttura Dipartimentale:** articolazione organizzativa che ha la responsabilità di svolgere attività specialistiche, ovvero strumento per distinguere l'organizzazione di particolari livelli di erogazione dell'assistenza al di fuori di un'unità operativa e che afferisce direttamente alla responsabilità dipartimentale

**Diversi possono essere i criteri per la scelta delle aggregazioni dipartimentali, che comunque di solito sono descritti nell'atto aziendale dell'Azienda:**

- ✓ **Intensità e gradualità delle cure:** i pazienti trovano collocazione e si spostano in relazione alla necessità assistenziale
- ✓ **Settore nosologico:** si accorpano funzioni assistenziali in base alla categoria nosologica (es. oncologico)
- ✓ **Fasce d'età:** pazienti identificati in base all'appartenenza alla medesima fascia d'età (anziani, bambini, ...)
- ✓ **Branca specialistica:** si accorpano funzioni assistenziali in rapporto alla omogeneità degli strumenti clinici di intervento (chir. generale, chir. Specialistica, diagnostica per immagini)
- ✓ **Organo o apparato:** si accorpano funzioni assistenziali di pazienti che presentano quadri morbosi a carico del medesimo organo o apparato (app. nervoso, respiratorio, )

Gli organi che costituiscono il Dipartimento sono:

- ✓ **Direttore del Dipartimento:**  
rappresenta il dipartimento nei rapporti con le altre articolazioni aziendali, assicura la mission attraverso la Direzione dei Direttori di UO, persegue la massima integrazione possibile ed ottimizzazione della gestione delle risorse, l'uniforme applicazione di procedure, promuove la formazione continua; è responsabile, dal punto di vista

professionale, in ordine al corretto utilizzo dei metodi e degli strumenti del governo clinico e, dal punto di vista gestionale, per quanto concerne l'utilizzo appropriato delle risorse assegnate.

Il Direttore di Dipartimento è un direttore di UOC, nominato dal Direttore Generale, all'interno di una terna di candidati - ove possibile per numerosità delle stesse strutture complesse - proposta dal Comitato di Dipartimento. La proposta del Comitato deve essere motivata, secondo criteri espliciti, tra cui il possesso di particolari attitudini organizzativo-gestionali e capacità di coinvolgimento, valorizzazione e responsabilizzazione dei collaboratori. In caso di scelta difforme rispetto alla terna proposta dal Comitato di Dipartimento, il Direttore Generale è tenuto a motivare adeguatamente.

Il Direttore di Dipartimento è sovraordinato ai Direttori e ai Responsabili di Unità Operativa Complessa, di Struttura semplice e di Programma, per gli aspetti di natura gestionale attinenti il Dipartimento medesimo, e mantiene la direzione della struttura alla quale appartiene, salvo deroga motivata dal Direttore Generale all'atto della nomina. È coadiuvato dal Responsabile Infermieristico o Tecnico di Dipartimento, ove nominato, ed è supportato dai referenti delle Direzioni Tecniche Aziendali, i quali compongono l'Ufficio di staff del Dipartimento. Il Direttore di Dipartimento è tenuto a realizzare il proprio programma nell'arco del triennio di durata del proprio mandato: è annualmente verificato relativamente alla gestione del budget annuale dal Nucleo di Valutazione, e valutato dalla Direzione Generale; è valutato al termine dell'incarico dal Collegio Tecnico.

✓ **Comitato di Dipartimento:**

è l'organismo rappresentativo del Dipartimento; assicura la partecipazione dei professionisti e degli operatori ai processi di programmazione delle attività e alla definizione dell'assetto organizzativo-gestionale del Dipartimento stesso.

In particolare:

- ✓ garantisce l'individuazione di modelli organizzativi coerenti per l'insieme delle configurazioni dipartimentali, e favorisce iniziative per il miglioramento dell'integrazione tra le stesse;
- ✓ definisce le priorità degli interventi di sviluppo delle risorse professionali, strutturali e tecnologiche, che il Direttore propone all'attenzione del Collegio di Direzione, e ne assicura l'applicazione in sede di programmazione annuale delle attività;
- ✓ definisce i criteri per l'individuazione dei fabbisogni prioritari di formazione e di ricerca;
- ✓ approva il piano annuale di dipartimento risultante dal processo di *budgeting*;
- ✓ partecipa alla selezione dei dirigenti di struttura complessa, indicando le caratteristiche di conoscenza e competenza aggiuntive e specifiche alle necessità assistenziali e di sviluppo del dipartimento, che dovrebbero essere soddisfatte dai nuovi direttori.
- ✓ Il Comitato è presieduto e convocato dal Direttore del Dipartimento, che ne stabilisce l'ordine del giorno. La composizione - tra cui la parte elettiva - e le specifiche di funzionamento dei Comitati sono disciplinate dall'Atto Aziendale, fermi restando i componenti di diritto, e precisamente:
  - I Direttori di UOC;
  - i Responsabili dell'Assistenza di Dipartimento/Area;
  - i Coordinatori infermieristici o tecnici di UOC;
  - i Responsabili di Struttura Semplice Dipartimentale;
  - i Responsabili di Programma interdipartimentale e dipartimentale.
  - i Responsabili di SSD e Programmi dipartimentali, con duplice appartenenza, strutturale e funzionale.
  - Possono essere altresì componenti di diritto del Comitato del Dipartimento delle Cure Primarie:
    - il Referente per la Medicina Generale;
    - il Referente dei Pediatri di Libera Scelta;
    - i Coordinatori dei Nuclei delle Cure Primarie

✓ **Assemblea di Dipartimento:**

è costituita da tutti gli operatori del Dipartimento, è convocata almeno 2 volte all'anno per informare sugli obiettivi e progetti del dipartimento